HISTOIRE

DES

MALADIES DU PHARYNX

CORBEIL. — IMPRIMERIE ÉD. CRÉTÉ

Dr C. CHAUVEAU

HISTOIRE

DES

MALADIES DU PHARYNX

II

MOYEN AGE OCCIDENTAL ET TEMPS MODERNES

Préface de M. le Dr DU CASTEL
Membre de l'Académie de Médecine



PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille, 19
1902

II

MOYEN AGE OCCIDENTAL

ET

TEMPS MODERNES

III. — MOYEN AGE OCCIDENTAL

INTRODUCTION

L'époque que nous allons étudier s'étend de l'invasion des barbares à la Renaissance. Bien plus longue que la période arabe, elle est, au point de vue médical, beaucoup moins brillante et le plus souvent même paraît d'une stérilité déplorable. L'art de guérir ne présente pas en effet ces élans vigoureux, ces floraisons originales, qui rendent si intéressants les beaux-arts, la poésie et la philosophie du moyen âge. C'est que sans doute il réclame une maturité intellectuelle, une passion pour l'observation précise et méthodique, impossibles à rencontrer alors. Cette indigence, et peut-être aussi les difficultés du travail inhérentes à la pénurie des matériaux, semblent avoir découragé les historiens, qui ne nous ont fourni que bien peu de renseignements. Cependant, si la médecine de ce temps est dépourvue d'un attrait scientifique proprement dit, elle ne mérite pas tout à fait le dédain des chercheurs ; car elle est assez curieuse, et nous présente le spectacle attachant et parfois poignant des efforts lents, pénibles, souvent maladroits ou entravés, mais opiniâtres et finalement victorieux, qui furent faits

pour reconquérir le trésor des connaissances perdues.

Divisions du sujet. — On trouve d'abord dans la médecine du moyen âge deux périodes distinctes : celle où l'influence gréco-romaine, bien atténuée, il est vrai, règne seule, et celle où elle est remplacée par l'influence des Arabes. Mais les doctrines de ces derniers ne se répandirent pas d'emblée sur tout le monde occidental. Elles se trouvèrent d'abord comme cantonnées dans le sud de l'Italie, à Salerne, où elles s'amalgamèrent peu après aux théories des premiers maîtres et arrivèrent à les supplanter : de là une période mixte de transition dite salernitaine, intermédiaire aux périodes préarabiste, et arabiste.

I. — PÉRIODE PRÉARABISTE

(Ve-XIe SIÈCLE).

La chute de l'empire romain fut suivie, comme on le sait, d'une véritable éclipse de la civilisation, résultante forcée des troubles sans nombre qui caractérisent (1) ces temps malheureux. Plus tard, quand la tourmente fut un peu apaisée, des guerres incessantes, des impôts trop lourds, l'indifférence de la plupart des rois barbares pour les choses de l'esprit (sauf Théodoric, roi des Ostrogoths,

(1) Pillage, destruction des villes, où s'était depuis longtemps réfugiée l'activité intellectuelle et économique; massacre de populations entières, souvent décimées ensuite par la famine et des épidémies redoutables; disparition rapide des classes cultivées, appauvries par la perte de leurs richesses mobilières et la confiscation d'une grande partie de leurs biens au profit des conquérants; cessation partielle du commerce et de l'industrie qui ne trouvaient plus les garanties nécessaires, etc.

Chilpéric roi de Paris et quelques autres) ne permirent pas pendant fort longtemps un réveil de l'esprit humain. Charlemagne essaya de secouer cette torpeur et y réussit en partie ; mais la dissolution de son empire, l'établissement laborieux de la féodalité, les invasions des Normands au Nord, des Hongrois à l'Est, des Sarrazins au Sud étouffèrent ces essais de renaissance.

Quelles que fussent l'ignorance et la barbarie de la masse, les sciences et les lettres ne cessèrent jamais entièrement (Muratori), comme on l'a soutenu, d'être cultivées. Un certain nombre de centres intellectuels, héritiers des célèbres écoles de rhétorique de l'empire romain avaient survécu principalement en Italie (1), mais aussi dans les Gaules (2) et même sur les bords du Rhin (3). A côté des belles-lettres, de l'éloquence, du droit, la médecine était enseignée par des maîtres encore assez familiarisés avec les traditions de la période gréco-romaine. Certes ils ne savaient pas le grec ; mais ils

(1) Muratori dit avec raison que jamais en Italie l'étude des belles-lettres, des sciences, ne fut entièrement abandonnée. Pavie possédait une école de rhétorique renommée que visita Alcuin, le célèbre conseiller de Charlemagne. Ratherius, évêque de Vérone, au VIIIe siècle, fait de fréquentes allusions aux écoles d'instruction supérieure laïques et monacales de son temps, et se moque des grammairiens qui, dit-il, vendent au poids de l'or les secrets de l'éloquence. Rodolphe, qui écrivit sur l'hérésie des VIIIe et IXe siècles, parle d'un certain Vilgenda de Ravenne, qui, enthousiaste de Virgile et d'Horace, les préférait de beaucoup aux Pères de l'église. Il ne faut pas oublier que les Ostrogoths étaient les plus civilisés des barbares et que les Byzantins qui leur succédèrent tinrent longtemps sous leur domination tout le sud de la Péninsule, où les Lombards ne s'établirent jamais bien solidement. Ajoutons qu'à Ravenne, leur capitale, durant les VIIe et VIIIe siècles, Hippocrate était commenté en public. Il semble qu'il en fut de même à Milan. (Voy. en outre Ebert).

(2) Écoles de Bordeaux, Lyon, Autun, etc.

(3) Cologne posséda jusqu'à la fin du VIIe siècle une école de rhétorique assez réputée.

possédaient d'Hippocrate, de Galien, d'Oribase, d'Aétius, des traductions latines ou plus souvent des abrégés dont nos grandes bibliothèques possèdent encore quelques exemplaires.

Ce sont surtout les couvents, en général fort bien dotés et le plus souvent à l'abri des commotions du dehors, qui servent en quelque sorte d'asile à la civilisation (1). Les moines de l'ordre de saint Benoît comprirent de bonne heure l'utilité de l'art de guérir, et l'exercèrent dans un but charitable. Ils avaient près de leur demeure de véritables hôpitaux, où ils soignaient les pauvres, les pèlerins, etc. (2). Au Mont-Cassin (3), à

(1) Surtout dans la Gaule du nord et en Angleterre où fut fondé le célèbre couvent de Wearmouth (Northumberland), peu après la conversion au christianisme des Anglo-Saxons, évangélisés par les missionnaires du pape Grégoire le Grand. Ce couvent possédait une très riche bibliothèque et une école où l'on enseignait non seulement les saintes écritures, mais encore les belles-lettres et les sciences. C'est là que vécut Bède le Vénérable, dont l'érudition était prodigieuse; c'est là aussi que se forma Alcuin, l'ami et le conseiller de Charlemagne qui, plus tard, devait fonder, en outre de la fameuse académie du palais, une école monacale à Saint-Martin de Tours, semblable à celle de Wearmouth.

(2) Dans un manuscrit de la bibliothèque Vaticane, on trouve cette inscription :

« Viens t'abriter, ô voyageur, si tu as besoin d'un médecin, sous ce toit que tu vois briller au loin. Ici, en effet, un savant dont le laurier odoriférant couronne la tête, t'offrira ses services salutaires. C'est Apollon qui, le premier, a connu la médecine, puis Esculape, son fils. Longtemps après, Hippocrate élève en dogmes clairs un édifice splendide. La médecine peut guérir les infections, chasser les pestes, mettre en fuite toutes les maladies. C'est le véritable port du salut pour celui qui souffre; c'est elle qui rend leur vigueur à ses membres fatigués. »

(3) La bibliothèque du Mont-Cassin, célèbre par sa richesse avait été commencée par Cassiodore : or, les historiens nous apprennent que le grand ministre du roi Théodoric, retiré dans ce cloître, avait fait copier par ses moines des ouvrages de médecine. Malheureusement, le Mont-Cassin fut brûlé à deux reprises (IXe et Xe siècle) par les Sarrazins; de telle sorte que les manuscrits étudiés par Rienzi doivent être considérés comme de misérables restes, pour employer ses propres expressions.

Bobbio, à Wearmouth, en Angleterre, au couvent de Saint-Martin de Tours en France, on lit sans doute les littérateurs et les philosophes de l'antiquité ; mais on n'oublie pas tout à fait les médecins, comme le prouve un cartulaire du Mont-Cassin cité par Rienzi. Nous avons donc à étudier pour cette période deux façons bien différentes de traiter les maladies de la gorge, les procédés vulgaires et la méthode scientifique.

A. — MÉDECINE POPULAIRE PHARYNGÉE.

Les pratiques populaires pour les maladies de la gorge (1), durant cette époque, comme d'ailleurs tout le moyen âge, la Renaissance et même les XVIIe et le XVIIIe siècles, présentent une étrange ressemblance avec les procédés empiriques, superstitieux, dénués en somme de toute critique scientifique, des médecins sorciers des peuplades encore sauvages, ainsi que des Égyptiens, des Chaldéens. A quelques éléments rationnels se mêlent beaucoup d'incantations, d'amulettes, etc. On invoqua d'abord les anciens dieux du pays dont le règne n'était point tout à fait terminé, du moins dans les campagnes ; puis, à mesure que le christianisme s'implantait davantage, on s'adressa aux saints qui se partagèrent le pouvoir sur les différentes parties du corps humain (2). Saint Blaize eut pour sa part le cou ; à lui s'adressaient des oraisons spéciales, certaines neuvaines ;

(1) Les classes populaires de tous les pays conservent, comme on sait, avec une ténacité remarquable, beaucoup d'usages dont l'origine va se perdant souvent dans le passé le plus lointain.

(2) Sainte Odile avait la tête, saint Jean les pieds, etc...

on lui brûlait des cierges dans les églises en cas d'angine dangereuse ou de corps étrangers fixés dans la gorge (Aétius parle déjà de l'intervention de ce saint, Voy. Tome I, textes). Mais, comme la magie et la sorcellerie, sa déformation, avaient beaucoup d'adeptes, on prononçait diverses phrases d'un sens mystérieux qui devaient obliger la divinité à se soumettre aux désirs de l'homme. Certaines pierres, certains animaux passaient pour préserver de ces affections, comme d'ailleurs de toutes les autres (bézoard, onyx, etc). Parmi ces derniers, quelques-uns, assez répugnants, étaient employés dans les cas graves (crapauds, lézards, chauves-souris, vers de terre, limaces, etc.) On les mangeait crus, ou bien on les fendait tout vifs et on les appliquait sur les parties malades. Les pigeons (1) étaient ainsi placés, encore tout palpitants, autour du cou des enfants atteints d'angine maligne. Ces pratiques baroques sont très antiques et mentionnées déjà dans Pline l'Ancien (Voy. Tome I, textes). L'usage de certaines plantes mucilagineuses et adoucissantes en tisanes, en gargarismes ou en collutoires (violette, mauve, bouillon blanc, etc.), était plus rationnel; mais, pour que les vertus de ces simples se manifestassent d'une façon véritablement utile, il fallait, croyait-on, les cueillir à certains moments (pleine lune, par exemple), à des heures déterminées, en invoquant à grands cris le nom du malade et en se gardant bien de regarder en arrière pendant ladite cueillette. On prononçait en même temps nombre de *pater*, d'*ave*, ou des

(1) Un de nos confrères de Paris nous disait récemment avoir observé, dans un quartier du centre, un fait de ce genre. A la campagne, on absorbe fréquemment des limaces dans les cas de tuberculose ou de maux de gorge ; il y a encore le sirop de limace.

passages empruntés à l'Écriture sainte et se rapportant plus ou moins au sujet présent. Les prêtres recommandaient, pour donner à ces remèdes végétaux une sorte d'efficacité divine, de les déposer un certain temps sur les autels.

B. — MÉDECINE SCIENTIFIQUE.

Quelques médecins laïques ou ecclésiastiques de cette époque, bien que n'ayant pas rédigé de véritables traités de médecine, avaient composé, à l'aide d'extraits puisés çà et là dans les auteurs de la période gréco-romaine, (Muratori a vu à la bibliothèque de Florence un manuscrit formé de citations d'Hippocrate, Celse, Galien, Oribase, Aétius, Paul d'Égine, Alexandre de Tralles, etc.) des *passionaria*, sortes d'abrégés de pathologie, et surtout des *antidotaria*, analogues à nos formulaires actuels, et renfermant un grand nombre de recettes applicables aux diverses maladies. Le côté clinique était fort négligé ; la thérapeutique présentait pour eux l'intérêt principal.

Nous nous sommes rendus compte que la tradition *hippocratique*, notamment pour l'angine, était restée seule véritablement en honneur même parmi les lettrés d'alors : ainsi les polygraphes de l'époque tels qu'Isidore de Séville, Bède le Vénérable, citent, avec beaucoup d'éloges, le père de la médecine. Cependant le méthodisme devait avoir aussi laissé quelques traces, au moins en Italie où il jouit longtemps d'une très grande vogue (Voy. Tome I, p. 22). Il semble qu'il se fit en effet, à différentes reprises, des copies et des abrégés de Cælius Aurélianus. Daremberg a retrouvé, à la bibliothèque de

Bruxelles, un manuscrit de ce dernier remontant au x[e] siècle et qui paraît avoir été revisé par Gariopontus, le premier maître de l'école salernitaine. Néanmoins, c'est, sinon du galénisme, du moins de l'hippocratisme que s'inspiraient la très grande majorité des praticiens éclairés, lorsqu'ils avaient à traiter par exemple une affection du pharynx. La théorie humorale (la bile et le phlegme principalement, que l'on rejette dans le cours de certaines maladies, paraissaient démontrer l'humorisme) était davantage accessible aux esprits que celle plus abstraite du resserrement et du relâchement des pores.

Parmi les livres de l'époque les plus intéressants à consulter, signalons deux poèmes médicaux, celui de Crispus et celui du pseudo (1) Æmilius Macer.

Crispus, originaire de l'Apulie, appartenait à une famille importante et avait reçu une éducation très soignée. Devenu évêque de Milan, au vii[e] siècle, il composa sur la médecine un petit poème didactique, analogue à celui de Sammonicus et de versification point barbare. L'idée de cette œuvre lui fut suggérée peut-être par la réputation dont jouissaient les médecins milanais, qui commentaient Hippocrate aux vii[e] et viii[e] siècles devant de nombreux élèves (Muratori).

Quoi qu'il en soit, voici les passages qui ont trait aux maladies du pharynx :

De angina gutturis
Si vero angina guttur pervaserit amplum
Ac foliis tumidis arcens compleverit illud,
Arsenicon teretur juncto pipereque, boloque ;
Sic positum pennæ perflatur gutture rauco.

(1) On sait qu'à ce moment (période carlovingienne), les écrivains s'abritaient volontiers sous un nom ancien et illustre.

De angina gutturis
Uva madens, cum forte modum non continet ipsum
Et stillatque graves putridasque in corpore guttas,
Pulmonisque leves terebrat male sordida pennas,
Siccatur simili citius de pulvere grassans.

Comme on le voit, Crispus se contente d'indiquer un traitement local et, parmi les différentes méthodes qui constituent celui-ci chez les anciens, il ne cite que les insufflations de poudres médicamenteuses. C'est que, sous l'influence peut-être de la thérapeutique populaire qui recourait surtout aux topiques pharyngiens et aux applications calmantes sur le cou, peut-être aussi par suite du manque d'habileté chirurgicale, de la timidité ou de la répugnance pour les émissions sanguines (il était interdit aux ecclésiastiques d'en faire), la saignée était à peu près abandonnée dans la pratique courante. Les purgatifs semblent également avoir été beaucoup moins employés. D'autre part, nous avons pu constater dans les *antidotaria* de l'époque (Macer Floridus, etc.), qu'à ce moment, les collutoires et les insufflations faisaient une concurrence sérieuse aux gargarismes. Il est à noter que l'arsenic, connu, mais assez peu prescrit par les médecins grecs dans les affections de cette région, sauf peut-être contre les maladies de la voix et l'asthme, est ici préconisé comme topique pharyngé. Les chirurgiens alexandrins semblent l'avoir ordonné assez souvent comme caustique; mais ici on ne lui attribue apparemment qu'un rôle siccatif, comme au poivre et au polypode. L'emploi du poivre, conseillé par Crispus, montre que ce condiment n'était point tombé en désuétude malgré son origine lointaine et son prix excessif. Nous savons de plus par les documents de l'époque qu'il continuait à figurer sur la table des riches. L'insufflation de

ces trois substances : arsenic, poivre, polypode, paraissait si efficace à Crispus qu'il ne se donne pas la peine de conseiller un autre remède pour les affections de la luette.

Le poème dit d'*Æmilius Macer* (en réalité du moine français Odo de Meung) est certainement apocryphe; car son auteur cite des écrivains bien postérieurs au siècle d'Auguste, notamment Walfrid Strabon (1) qui vivait au xe siècle, Galien, Oribase, Aétius, Paul d'Égine, etc. Il est néanmoins des plus remarquables par l'élégance de sa versification, qui ne se ressent guère de la barbarie du moyen âge, et par sa profonde connaissance de la thérapeutique des anciens ; à ce point de vue il est utile à consulter (2). L'auteur n'a pas fait une simple compilation. Il semble avoir assez souvent son idée personnelle sur la valeur médicamenteuse de telle ou telle plante, dans l'angine par exemple ; et, bien qu'il semble prendre surtout pour guide Dioscoride et Pline, il met parfois en première ligne des drogues végétales dont ces écrivains parlaient en quelque sorte d'une façon incidente. Il paraît principalement se baser sur leurs propriétés réchauffantes et desséchantes ; ce qui indiquerait qu'il admettait la nature phlegmatique du mal soutenue par Hippocrate. Aussi, a-t-il une grande confiance dans l'aloès qu'il prescrit en collutoire ou sous la forme de cataplasme (à ce propos il cite Oribase), le

(1) Walfrid Strabon avait également écrit un poème sur les simples, mais peu important.

(2) Bel exemple de l'habileté littéraire et de l'érudition qu'arrivaient à acquérir dans les couvents certains esprits heureusement doués; Bède le Vénérable et Alcuin, par exemple, avaient composé sur divers sujets des poèmes, qui, s'ils ne brillent pas beaucoup par l'inspiration, se distinguaient cependant par une connaissance sérieuse de la métrique et de la littérature antiques.

pyrèthre qui, dit-il, est un siccatif excellent, dégonflant la langue tuméfiée et relevant la luette chargée d'humeurs, et le poivre. L'oignon aurait des propriétés diversement appréciées, rejeté par les uns (Dioscoride), préconisé par les autres (Galien) comme un bon antibilieux. D'après lui, le poireau serait un bon médicament contre les catarrhes des voies respiratoires ; il rappelle qu'Hippocrate, « le plus recommandable des auteurs qui ont écrit sur la médecine », en faisait le plus grand cas dans l'hémoptisie et les maladies purulentes des poumons. Il indique la façon de conserver la racine d'iris, la partie active de la plante, qu'il faut soigneusement sécher et, pour cela, couper en petit morceaux. Bien broyée et mélangée à du miel, elle expulse, dit-il, l'humeur nuisible, et, usitée en applications locales, guérit les ulcères les plus rebelles. L'origan et l'hysope ne sont signalés qu'en second lieu, bien que la plupart des auteurs de la période romaine en fissent le plus grand cas. Macer dit quelques mots de la violette et de la mauve qu'il considère comme adoucissantes, ainsi que du pavot qu'il recommande surtout contre la toux. Il réussit admirablement, affirme-t-il, chez les malades atteints de quintes pénibles. Parmi les préparations officinales de tous ces simples, le pseudo Æmilius Macer n'oublie certes pas les gargarismes ; mais il indique plus souvent encore les collutoires et les poudres médicamenteuses qu'on introduit dans la gorge malade, soit par insufflation, soit plus souvent à l'aide d'une plume dont le duvet remplaçait le pinceau actuel.

II. — ÉCOLE DE SALERNE

L'École de Salerne, qui a joui pendant tout le moyen âge d'une si grande renommée, qu'elle fut appelée la *cité hippocratique*, réputation méritée du reste par la valeur de ses premiers maîtres (*Traité d'hygiène salernitain...*) et par son esprit libéral (aucune interdiction ne venait de la religion ou du sexe), est placée en quelque sorte à l'intersection des périodes préarabiste et arabiste. En effet, ses premiers maîtres Gariopontus et Cophron ne connaissent pas Rhazès, Hali-Abbas, Avicenne, que mettront un peu plus tard à la mode les traductions ou plutôt les adaptations de Constantin l'Africain.

Il est bien difficile de décider quelle fut son origine. A-t-elle été au début une institution religieuse, plus ou moins dépendante du Mont-Cassin, où l'on étudia de tous temps l'art médical ? Ou bien n'était-ce qu'une ville célèbre par ses médecins, comme Alexandrie ou Éphèse dans l'antiquité ? cette hypothèse est plus vraisemblable. Car, à l'école de Salerne, il y avait non seulement des ecclésiastiques, mais aussi des laïques ; d'autre part, il semble qu'au début l'enseignement était purement professionnel, les médecins jouant le rôle de maîtres et les élèves d'apprentis. Très heureusement située, unique port de l'important duché de Bénévent (seule possession des Lombards dans le sud de l'Italie), très favorisée et bien fortifiée, Salerne était alors beaucoup plus importante qu'aujourd'hui. Elle était voisine de Naples et d'Amalfi, villes dépendantes de l'empire de Byzance. La provenance de beaucoup de ses habitants rendait le grec

en quelque sorte usuel. Aussi, les premiers médecins de Salerne n'eurent pas vraisemblablement un besoin absolu des traductions latines des grands praticiens de l'antiquité; ils devaient puiser directement aux textes originaux. C'est peut être une question de voisinage qui rend Gariopontus plus enclin que le reste de ses confrères de l'époque, dont quelques-uns connaissaient cependant et appréciaient Galien, à subir surtout l'influence du res taurateur de l'humorisme.

a. — GARIOPONTUS

C'est de Galien que Gariopontus s'inspire à propos de l'angine. Comme lui, il distingue une affection du gosier (fauces) et une affection laryngée (gula), cette dernière de beaucoup la plus dangereuse. La première présente les signes physiques particuliers suivants : rougeur et tuméfaction de la gorge, qu'on apprécie aisément, la bouche ouverte et la langue déprimée. La déglutition est difficile ou impossible, la respiration et la parole gênées. Tout d'abord, il recommande le gargarisme au suc de mûres (diamoron), aux pétales de roses bien pulvérisés, aux lentilles, c'est-à-dire en somme, les astringents, comme les humoristes; ce qui prouve qu'au point de vue thérapeutique, Gariopontus n'avait pas mis beaucoup à profit Cælius Aurelianus (1). Il recommande, comme maturatifs, les gargarismes aux figues sèches; en cataplasmes sur le cou, il conseille la farine d'orge et de fenugrec. La deuxième variété qui, dit-il, est appelée par Hippocrate cynanche et non synanche (ici cet écri-

(1) On sait qu'un manuscrit de Cælius Aurelianus qui porte le nom de Gariopontus a été retrouvé à Bruxelles par Daremberg.

vain fait erreur, Voy. Tome I, p. 22) est caractérisée par une dyspnée extraordinaire, telle que le malade est obligé de tendre son cou et de tenir sa tête élevée sans pouvoir l'abaisser, « pour voir par exemple son nombril ». C'est dans ces cas fort graves que Gariopontus, échappant à latimidité générale des praticiens de cette époque, recommande la saignée des veines ranines, les scarifications locales, les lavements et les purgatifs âcres; il conseille également les cataplasmes chauds au suc de coquelicot, de figues sèches, etc. les gargarismes à l'hysope, à l'origan, à la rue, aux figues sèches, l'antidote diacodium, le raifort et enfin les cendres d'hirondelles brûlées avec leurs plumes. Comme on le voit, cet auteur se contente ici de copier simplement les anciens et principalement Galien. Un peu plus loin, Gariopontus parle des inflammations des amygdales, de l'épiglotte et de la luette que nous appelons, dit-il, en latin, *gurgulio.* Il montre *l'utilité du toucher, quand la vue est impuissante.* Il signale les changements successifs qui surviennent dans la salive, celle-ci pouvant devenir semblable au pus. Le facies congestionné du malade, la saillie des yeux, la difficulté d'ouvrir la bouche, la sortie de la langue en dehors de la cavité buccale, la petitesse, la fréquence et l'irrégularité du pouls sont notés avec assez de soin. Les malades aiment, dit-il, à se tenir assis et non couchés ; leur voix est indistincte; leur figure devient livide. S'ils doivent mourir, leur respiration s'embarrasse de plus en plus et devient bruyante. Tous ces signes sont très accentués, quand le larynx est envahi ; de plus, la voix est nulle, le teint plombé et les patients ne peuvent fléchir le cou. Mais, s'il se produit un érysipèle sur la peau, le pronostic s'améliore et le

malade peut être sauvé (Voy. Tome I, l'aphorisme d'Hippocrate, p. 126).

L'inflammation exagérée des parties peut, dit Gariopontus, aboutir à la formation d'un cancer (ulcération ?). Contre ces affections, notre auteur recommande les gargarismes lénitifs et les maturatifs, les purgatifs, surtout les cataplasmes, la saignée et les scarifications. Rappelons en terminant, qu'il a été le premier, semble-t-il, à employer certains néologismes tels que *gargarisare, clysterisare*, qui n'existaient pas autrefois dans la langue latine et qui entrèrent vite dans l'usage courant à cause de leur commodité.

b. — COPHRON.

L'ouvrage de Cophron traite de thérapeutique et a beaucoup moins d'importance que le *Passionarium* de Gariopontus, qui lui est antérieur d'une cinquantaine d'années. L'auteur se montre très partisan des collutoires à parties égales de suc de guimauve et de beurre. Selon lui, le miel rosat contribuerait beaucoup à empêcher les parties malades de s'altérer au point de se putréfier. Si l'affection gagne le larynx, Cophron conseille le gargarisme de Mithridate (Voy. Galien, *Pharmacologie*), ou la thériaque additionnée de vin âpre ; mais le médicament ne devra être en contact qu'avec les régions atteintes. Comme nourriture, on donnera de la décoction d'orge. On fera des onctions avec un onguent composé de beurre et de suc de guimauve. Ainsi Cophron est moins énergique que Gariopontus ; il se borne aux topiques pharyngés, comme les médecins de son temps.

c. — Introduction des ouvrages arabes à l'école de Salerne.

C'est à *Constantin l'Africain*, qui, né à Carthage, visita l'Égypte, la Mésopotamie, la Perse, etc. et finit par devenir moine au Mont-Cassin, après avoir enseigné quelque temps à Salerne, que l'on doit en quelque sorte le début de la rénovation de la médecine scientifique sous l'influence des Arabes. Il les cite bien plus rarement du reste que Galien (1) et Hippocrate. Il ne connaissait que Rhazès, Avicenne, Hali-Abbas, ce dernier surtout qu'il a le plus souvent plagié sans vergogne. En somme, ses ouvrages, quelles que soient ses prétentions, ne sont pas en général des productions originales, mais des traductions ou plutôt des adaptations ; il n'a pu dissimuler ses emprunts, bien qu'il n'aime point parler de ses modèles orientaux.

Son passage sur l'angine est peu intéressant. Il commence par donner, d'après Galien, la définition de la synanche ou *morbus strangulatorius* des Latins. Il insiste sur la rapidité de sa marche, le malade pouvant succomber dès le premier, le deuxième ou le troisième jour de l'affection ; ce serait donc par essence un mal très aigu et très grave. Comme Galien, il admet l'angine phlegmatique et l'angine bilieuse; mais, avec les Arabes, il y joint l'angine liée à une altération du sang (Avicenne, Tome I, p. 250), ou même à la pituite salée (Hali-Abbas, Avicenne). Il nie l'existence d'une angine atrabilaire, parce que cette humeur agit lentement et

(1) Il semble avoir lu ces deux auteurs dans le texte, car il savait le grec.

que l'angine aurait toujours une évolution rapide. Lorsque la respiration, après avoir été embarrassée, lente et pénible, comme tirée avec effort, devient plus rapide, c'est un bon signe, dit-il, adoptant en cela l'idée de Galien qu'il cite du reste. Lorsque la dyspnée est peu intense et que le mal est visible (rougeur et tuméfaction du gosier), l'angine est beaucoup moins dangereuse. Dans le premier cas, affirme-t-il avec le médecin de Pergame, les lésions siègent dans le pharynx ; dans le second cas, elles occupent le larynx (gula). La description des angines phlegmatiques, bilieuses, sanguines, semble copiée sur celle d'Hali-Abbas et d'Avicenne, dont elle reproduit les traits principaux, notamment en ce qui concerne, comme nous l'avons dit plus haut, l'altération des sels. Comme Hippocrate, il est partisan de la piqûre des veines ranines ; le reste de son traitement est tiré de Galien et des Arabes ; l'idée fondamentale qui le dirige est la nature de l'humeur peccante. Il est partisan des gargarismes au suc de noix et de pyrèthre, additionnés, si le mal est intense, d'excréments de chien, etc.

Les autres traités salernitains, si heureusement découverts par Henschel, à la bibliothèque de Breslau — ce qui a permis de combler une lacune historique importante et de refaire pour ainsi dire l'histoire de cette célèbre école qu'on avait jusqu'alors mal comprise, faute de documents précis — ne nous intéressent que médiocrement, parce qu'ils sont postérieurs à ceux que nous venons d'analyser et qu'ils ne renferment pas de particularités dignes d'être notées, sauf au point de vue thérapeutique. Et encore la confiance que les uns ou les autres accordent à tel ou tel gargarisme n'a pas assez d'importance pour

que nous devions nous y arrêter. Disons que Platéarius, Bartholomæus, citent surtout encore Galien et Hippocrate, à l'exemple de Constantin, bien qu'ils connaissent Rhazès et Avicenne. Comme on le voit, l'école de Salerne, ainsi que nous l'avons dit plus haut, est un véritable compromis entre les deux périodes principales qui constituent ce que nous avons appelé le moyen âge occidental. L'influence arabe exclusive ne commence qu'avec les Salernitains de la fin du XIIIe et surtout du XIVe siècle ; mais, à ce moment, l'école de Salerne était déjà en décadence, diminuée peu à peu par la concurrence de l'école de Naples récemment fondée, et surtout par la multiplication des centres universitaires dans le reste de l'Europe (1). Dès lors, elle ne produisait plus d'écrivains dignes de ce nom ; ceux qui suivaient son enseignement fréquentaient aussi d'autres centres au lieu de rester à Salerne, comme leurs prédécesseurs. On ne peut donc plus les considérer comme des Salernitains.

En terminant, citons, à titre de curiosité, le fameux poème thérapeutique salernitain bien étudié par Rienzi, et qui semble, par excellence, une œuvre anonyme. Il renferme quelques passages sur l'angine, et signale les remèdes principaux de l'époque ; mais il manque absolument d'originalité (Voy. textes salernitains).

(1) Voici la date de la fondation des principales Universités européennes : Paris (1200), Oxford (1206), Palencia (1212), Naples (1224), Padoue (1228), Toulouse (1229), Cambridge (1229), Salamanque (1220), Rome (1303), Coimbre (1290), Montpellier (1289) (l'école de médecine est beaucoup plus ancienne), Lisbonne (1290), Avignon (1303), Orléans (1306), Grenoble (1339), Pise (1343), Valladolid (1346), Prague (1348), Florence (1349), Pavie (1361), Angers (1364), Cracovie (1364), Orange (1365), Vienne (1365), Genève (1368), Heidelberg (1385), Cologne (1388), Erfurt (1392), Palerme (1349), Tubingue (1477), Greifswald (1456) Bâle (1459), Wittemberg (1502), Iéna (1557), Leyde (1575). Voy. Rashdal', *The Universities of Europe in the middle age*, 2 vol., Oxford, 1895.

III. — PÉRIODE ARABISTE

École de Montpellier, écoles italiennes de Bologne et de Pavie.

1. — ÉCOLE DE MONTPELLIER

La décadence de Salerne allait s'accentuant avec la création des centres nouveaux d'instruction, en particulier de l'université de Naples établie dans la capitale, c'est-à-dire aux sources même de la richesse et du pouvoir dans l'État napolitain. L'école de Montpellier devait lui porter des coups plus sérieux encore.

Très ancienne, puisque, en 1141, l'évêque de Mayence, Adalbert, signale le grand nombre des médecins illustres établis là depuis fort longtemps et les nombreux élèves accourus de tous les côtés à son enseignement, louée par Jean de Salisbury en 1160 (selon lui Montpellier et Salerne étaient deux principaux centres médicaux), elle était établie dans une cité prospère. Assez loin des bords de la mer pour ne pas craindre les pirates, mais assez rapprochée de la Méditerranée par son petit fleuve le Lez pour prendre part d'une façon active au commerce maritime, Montpellier servait d'entrepôt à tous le bas Languedoc et ses marchés étaient fréquentés par les Grecs, les Italiens et les Sarrasins eux-mêmes. Les juifs y étaient aussi en assez grande quantité et ce nombre augmenta encore, lorsque leur religion commença à être persécutée par les souverains musulmans de l'Espagne. Or les juifs, comme nous l'avons dit plus haut, avaient cultivé de tout

temps la médecine et comptaient, dans leurs communautés, des praticiens familiers avec les écrits d'Avicenne, d'Hali-Abbas, de Rhazès, etc., qui avaient été traduits en hébreu, ainsi que plusieurs traités d'Hippocrate et de Galien. Il semble, si l'on s'en rapporte à des documents récemment découverts, que les médecins juifs prirent une part importante à la fondation de l'école de Montpellier et contribuèrent beaucoup à y implanter l'influence des Arabes. Ceux-ci auraient ainsi agi sur la médecine occidentale par deux voies différentes : Salerne et Montpellier.

Quoi qu'il en soit, dès qu'elle commença à être connue, la médecine arabe éblouit tous les esprits. Fondée sur un système rigoureux, celui de Galien, qui, encore que bien artificiel, semblait donner réponse à tout, enrichie d'ouvrages d'une ampleur encyclopédique, tels que le *Canon* d'Avicenne, renfermant une grande quantité d'observations justes, propres aux praticiens orientaux, elle étonnait d'autant plus les esprits des médecins italiens, français, allemands, etc., que ceux-ci étaient, en fait de livres, réduits à une disette lamentable. Si l'on en exceptait les bibliothèques à peu près inacessibles des couvents, la plupart ne possédaient que quelques mauvaises traductions des traités les plus célèbres d'Hippocrate (*Aphorismes*, par exemple). Galien n'était bien connu qu'en Italie, grâce aux relations de la péninsule avec l'empire byzantin.

Or, les traductions se multiplièrent au point que la plupart des auteurs importants de la médecine arabe furent connus en moins d'un siècle. Gérard de Crémone (*Canon* d'Avicenne) se distingua beaucoup dans cette voie. Il resta quarante ans à Cordoue, capitale de

l'Espagne musulmane et siège d'une célèbre université ainsi que d'une bibliothèque fameuse, pour se perfectionner dans l'arabe et trouver plus facilement les manuscrits dont il avait besoin. Les professeurs de Montpellier s'illustrèrent aussi en traduisant Albucasis et Avenzoar. Dès lors, il se fait une transformation complète dans l'aspect des choses ; à la pauvreté primitive succède une richesse de documents qui surprend, mais qui, du reste, est toute d'emprunt. Si en Occident cette fièvre de traduction rappelle ce qui se passa un moment en Orient, il faut bien avouer que des esprits originaux de la valeur de Rhazès et d'Avicenne ne s'y révélèrent point. Tous les écrivains de cette période ne sont pas cependant sans mérite. Ils font preuve d'une grand érudition, parfois même d'observation clinique. La pathologie pharyngée ne reçut pas, il est vrai, de perfectionnements bien notables ; mais il est loin d'en être ainsi pour toute l'étendue de la nosologie. (Ce rôle sacrifié du pharynx se retrouve dans son histoire anatomique, comme dans son histoire pathologique.)

Nous nous contenterons pour l'école de Montpellier d'étudier les œuvres de deux de ses plus célèbres représentants, c'est-à-dire le *Lilium medicinæ* de Gordon et le *Philonium* de Valescus de Tarenta.

1. — LILIUM MEDICINÆ (GORDON).

Après avoir rappelé en quelques mots la topographie du pharynx, Gordon affirme que cette région peut être affectée de maux *très nombreux.*

A propos de l'*angine,* il distingue, comme Avicenne, des causes externes : froid, corps étrangers, boissons

chaudes ou caustiques ; des causes internes (erreurs de régime mettant en mouvement les humeurs, suppression des règles).

Il ne fait que signaler les *paralysies* et les *spasmes* pour s'appesantir sur l'*esquinancie*, parce que, dit-il, c'est elle qui fait courir les dangers les plus sérieux ; elle menace la respiration et peut ainsi étouffer les malades. Il en admet deux espèces, comme tous les auteurs qui l'ont précédé : la première, l'angine des modernes, est caractérisée par des lésions apparentes (rougeur et tuméfaction) ; la seconde est la laryngite, dans laquelle les parties accessibles à la vue sont intactes. Jusqu'ici, rien de bien spécial à Gordon. Mais, à ces groupes il ajoute deux variétés nouvelles : l'une, caractérisée par la tuméfaction de la base de la langue et des ligaments qui en partent (on ne se rend compte de la présence des altérations morbides de cette nature, dit-il, que si on déprime fortement la langue), l'autre, l'angine accompagnée de collections purulentes externes. En outre, Gordon, en étudiant les débuts de l'angine, remarque que le mal succède parfois à une fièvre continue ou à une fièvre putride. Les Arabes avaient déjà signalé ce fait ; mais il a eu soin de le rappeler et son mérite est ici assez grand, car la plupart des arabistes gardent le silence sur ce sujet. Les variétés de la maladie apparente (angine vraie) sont décrites avec beaucoup de détails, d'après une classification humorable dont Galien avait été l'instigateur, complétée par Avicenne (Voy. Tome I, p. 253). Ici Gordon ne fait guère que répéter le *Canon* de ce dernier auteur, mais avec plus d'ordre et plus de lucidité. Les métastases du mal (complications) sont empruntées également à l'écrivain arabe. Pour le pro-

nostic, Hippocrate, Galien, Rhazès et Avicenne sont mis assez heureusement à contribution. Gordon peint d'une façon courte et saisissante le facies du malheureux en train de périr étranglé par l'angine. Le traitement qu'il indique est emprunté aux Arabes et ne mérite par conséquent pas de nous retenir. Disons seulement qu'il est très complet et exposé avec méthode.

Ce que dit Gordon sur les maladies de la *luette*, sur les *ulcères*, sur *les abcés de l'amygdale* est tiré d'Avicenne et surtout d'Albucasis.

2. — PHILONIUM (VALESCUS DE TARENTA).

Le *Philonium* de Valescus de Tarenta est surtout un traité de thérapeutique. *L'angine* est décrite d'après Avicenne. Il admet les mêmes variétés anatomiques et cliniques, ainsi que les métastases. Quant au pronostic, il se base surtout sur les *Aphorismes* d'Hippocrate et les commentaires qu'en a faits Galien. Mais, si la partie clinique est forcément faible, étant donné le plan de l'ouvrage, il n'en est pas de même de la partie thérapeutique qui est très développée. Il ne veut pas des gargarismes astringents dans les gonflements localisés du voile, de l'amygdale, du palais, de la base de la langue et de l'épiglotte, à moins qu'on ait saigné abondamment le malade; les styptiques, dit-il, ne font, le plus souvent, qu'augmenter la congestion, et, par conséquent, l'apport des humeurs. De plus, il institue un traitement en quelque sorte *étiologique*, suivant que le mal est dû à des remèdes âcres (ellébore), à un refroidissement, à une suppression des règles, etc. Quelques-uns de ses prédé-

cesseurs étaient déjà entrés dans cette voie, mais pas avec la netteté de Valescus de Tarenta. Sa matière médicale est très riche ; malheureusement les recettes dégoûtantes n'y font pas plus défaut que chez Galien, Aétius, Avicenne, etc. On y voit les fameuses préparations officinales aux excréments d'homme t de chien.

2. — ÉCOLES ITALIENNES D BOLOGNE ET DE PAVIE

Les écoles italiennes de Bologne et de Pavie, presque aussi anciennes que celle de Montpellier, sont les héritières directes de Salerne ; dans cette ville, en effet, s'étaient formés leurs premiers maîtres. Mais, à ce moment (XIIe et XIIIe siècle), les Salernitains étaient devenus franchement des arabistes. C'est donc Rhazès, Avicenne, Hali-Abbas, Albucasis et Avenzoar, qu'étudieront leurs élèves. Les médecins italiens subissaient ainsi l'influence nouvelle, tout autant que les médecins de Montpellier ; mais on ne trouve pas parmi eux des hommes de la valeur de Gordon ou de Valescus de Tarenta.

MÉDECINS.

Bertrucius s'est contenté de composer une sorte d'aide-mémoire, où les principales maladies sont exposées sous forme de tableau. *L'angine* est étudiée à la section II, qui, selon une division déjà ancienne, comprend les maladies du cou, du poumon, du cœur et des mamelles. Il admet une esquinancie proprement dite (avec lésions matérielles), une laryngite qu'il qualifie d'inflammation

de l'épiglotte et des ligaments qui en partent, et enfin une cynanche liée à des lésions pulmonaires et trachéales. Cette dernière variété n'était pas admise par les auteurs classiques de l'antiquité ; cependant Arétée et Aétius rapportent que certains auteurs, dans divers cas d'étouffements, placent l'obstacle à la partie inférieure du cou ou supérieure de la poitrine, à la division bronchiale de la trachée. Ces écrivains attribuaient l'obstruction du canal aérien, soit à des lésions anatomiques des parois, soit à des perturbations des organes voisins. Galien avait séparé ces affections de la cynanche dans son traité de la dyspnée ; mais la confusion s'était perpétuée chez quelques écrivains postérieurs, dont Bertrucius adopta plus ou moins les idées. L'auteur italien regarde comme graves les deux dernières variétés ; le pronostic de l'angine apparente (pharyngite proprement dite), selon d'ailleurs l'opinion ancienne, lui paraît plus bénin. Le tableau clinique est rappelé en quelques mots ; quant aux symptômes, les uns lui semblent communs à toutes les variétés de synanche, les autres propres aux variétés humorales (sang, bile, atrabile, phlegme). Les détails du pronostic, les métastases, le traitement sont tout aussi brefs et exposés comme dans le *Canon* d'Avicenne.

Gabriel de Zerbis a publié un commentaire sur Avicenne et *Mathieu de Gradibus*, un autre sur Avenzoar ; mais, à propos de l'angine, on ne peut guère louer que leur érudition. Les mêmes réserves s'adressent aux commentaires de *Thaddeus* sur les *Aphorismes* d'Hippocrate, qu'il explique à l'aide de Galien et des Arabes.

Tornamira (1) est à peu près contemporain de Mathieu

(1) D'origine italienne, mais professeur à Montpellier, comme Roger de Parme.

de Gradibus. Quoique peu éloigné de la Renaissance, il reste néanmoins un pur arabiste. Ce qu'il dit sur *les maladies de la luette* est emprunté à Albucasis. Il est partisan des poudres médicamenteuses au camphre, au santal, à la gomme arabique, des décoctions de myrrhe, de galbanum. Il remplace les excréments de chien par ceux de la poule. Son chapitre sur les sangsues introduites dans le pharynx est entièrement copié dans Avicenne. A propos des corps étrangers de cet organe, après avoir énuméré des moyens analogues à ceux préconisés par Aétius (Voy. Tome I, p. 222), il recommande, en cas d'échec, les excréments de furet, déjà conseillés par Rhazès. Quant à l'angine, Tornamira s'appuie sur l'existence de la dysphagie, et au contraire des troubles vocaux dans la laryngite, pour distinguer, à l'exemple de Galien, qu'il cite du reste, ces deux affections. Dans la première, les lésions sont apparentes; dans la seconde le pharynx paraît intact. Mais, dit-il, très souvent les deux organes sont pris simultanément, de telle sorte qu'il y a mélange de symptômes. Il signale aussi l'érysipèle pharyngé et rapporte à ce sujet l'opinion d'Hippocrate (Voy. Tome I, p. 121). Enfin, il fait une courte allusion au mal de Pott sous-occipital, signalé pour la première fois, comme on le sait, par le père de la médecine. Les divisions cliniques et la symptomatologie sont empruntées à Avicenne. Tornamira insiste sur les abcès profonds de la gorge, qui, bien qu'invisibles, doivent être évacués par tous les moyens possibles. Un marchand, rapporte-t-il, pris d'une angine suffocante, sans lésions apparentes, et menacé de mort, d'après son médecin, si l'apostème supposé ne crevait pas, aurait eu le courage de s'enfoncer un doigt bien profondément

dans la gorge, là où la gêne était plus intense et d'ouvrir ainsi un dépôt ; du pus s'écoula en abondance et le malade fut guéri.

CHIRURGIENS ITALIENS.

Les *chirurgiens italiens* de cette période sont un peu plus intéressants à étudier que les médecins.

Brunus (*lib.* II, *rubrica* VII) pense que la synanche, maladie très grave, à cause des entraves qu'elle apporte à la déglutition et la respiration, résulte de la formation d'un apostème, soit à la région de l'isthme, soit à la région de l'épiglotte. Il distingue une *synantia* (synanche) à lésions invisibles, une *squinantia* qui envahit la région respiratoire tout entière, et une *quinantia* localisée à l'isthme et la moins dangereuse des trois variétés. C'est, comme on le voit, un rappel assez grossier et assez inexact des divisions établies par Cælius Aurelianus et par Galien. Comme Hippocrate, il affirme que la squinanche, quelle que soit sa gravité, peut guérir, pourvu que le mal (érysipèle) se porte au dehors. Après avoir décrit en quelques mots les variétés d'angine, suivant la base humorale adoptée par Avicenne, ainsi que les Grecs et les Arabes, il conseille d'abord la saignée au bras, puis, en cas de besoin, la piqûre des veines ranines. Comme gargarisme, il recommande l'eau vinaigrée, le vin de mûres, la décoction de sumac, de nitre, de grenade, le miel rosat. Il prescrit des cataplasmes aux oignons cuits et broyés dans du miel, les onctions à l'huile de camomille, à l'huile de guimauve. Si l'abcès est mûr et fait saillie dans la gorge, il faut, dit-il, l'inciser ; mais il n'indique pas la technique de cette

petite opération. On peut aussi, selon lui, et c'était là surtout sa pratique, s'efforcer de le rompre par des moyens appropriés, que, d'ailleurs, il ne définit pas. D'après quelques auteurs de la Renaissance (Houiller et Duret), il est possible de suppléer à ce silence. On introduisait dans le gosier des tiges de bois, de grosses éponges retenues à l'aide d'un fil; ou bien on faisait avaler de gros morceaux de pain, pour que l'excès de pression déterminé par le corps étranger amenât la rupture de l'abcès, dont les parois étaient supposées déjà amincies ; ou encore l'on perforait à l'aide de l'ongle ou d'un morceau de bois un peu pointu, que le doigt dirigeait plus ou moins habilement vers l'endroit suspect. Le pus, une foi évacué, spontanément le plus souvent, parfois artificiellement, on donnait des gargarismes au raisin sec et aux figues, regardées à cette époque comme un excellent résolutif.

Brunus ne veut pas qu'on incise les apostèmes amygdaliens d'origine biliaire, ceux-ci étant, dit-il, de la nature du cancer (la bile altérée passait pour produire ces tumeurs malignes); l'ouverture pouvait ne pas se cicatriser. Cette crainte avait été émise déjà (Voy. Rhazès); mais elle était loin de s'être généralisée avant et même après lui. D'ailleurs, les signes physiques qu'il indique dans ce cas, tels que dureté, insensibilité, couleur d'un blanc livide, se rapportent à l'hypertrophie des amygdales; ici l'incision simple ne pouvait qu'être inefficace et même nuisible. Lorsque ces glandes sont rouges, il recommande, comme Albucasis, qui avait emprunté cette contre-indication à Paul d'Égine, de s'abstenir de toute intervention. C'est également dans l'auteur arabe que sont copiés le manuel opératoire et les soins consécutifs

que celui-ci avait empruntés à son tour en grande partie à son modèle grec favori (Paul d'Egine). Ajoutons cependant que le chirurgien italien, après l'extirpation de l'amygdale hypertrophiée, conseille la cautérisation du moignon au fer rouge; ce qui préviendrait, dit-il, des récidives très fréquentes.

Ce que dit Brunus sur les maladies de la luette n'offre rien de nouveau et, par conséquent, nous passerons sous silence sa description.

Dans la *Chirurgie de Rolando*, presque aussi ancienne que celle de Brunus, le chapitre consacré aux apostèmes de la gorge ne présente guère, comme originalité, que l'emploi de dénominations nouvelles propres à chaque variété, néologismes empruntés d'ailleurs à Galien ou aux Arabes. Au lieu donc de distinguer simplement ces affections d'après l'humeur peccante, comme ses prédécesseurs, Rolando appelle l'apostème bilieux, herpès esthiomène; l'apostème atrabilaire, cancer; l'apostème phlegmatique, zinnia; et l'apostème sanguin, phlegmon (1).

Ces variétés sont décrites d'après Avicenne et très succinctement; l'auteur se hâte d'arriver au traitement qu'il développe et qui présente de l'intérêt. Après avoir passé en revue les astringents légers et les maturatifs indiqués tant que le mal n'est pas mûr, il conseille, quand l'apostème est devenu saillant, blanchâtre et moins douloureux, de pratiquer une incision, autant que possible, longitudinale (2) et d'exprimer soigneusement toute la collection purulente.

(1) Le sens du mot phlegmon avait ainsi bien changé depuis Avicenne. Chez les Grecs, le mot phlegmon dérivait de phlegme, comme l'indique l'étymologie. A partir de l'auteur du *Canon*, les inflammations aiguës, intenses furent attribuées au sang échauffé et corrompu.

(2) Pour ne pas blesser les vaisseaux du pharynx.

Contre les anthrax de la gorge (sang surchauffé et pourri), Rolando recommande d'abord les réfrigérants énergiques tels qu'enveloppements du cou au vinaigre, au nitre, au miel rosat... La scabieuse écrasée et broyée avec les pierres dites divines arrête, ajoute-t-il, leur développement. Rolando rejette les caustiques, conseillés par Roger de Parme contre l'anthrax en général, la région étant trop délicate et dangereuse. Il préconise des purgatifs énergiques qui dérivent l'humeur peccante, les gargarismes au suc de noix, les emplâtres aux figues sèches, sel et graisse de poule bien broyés et bien mélangés à de la farine d'orge comme excipient. Il semble que, du temps de Rolando, les épidémies de maladies pestilentielles aient souvent occasionné des gangrènes plus ou moins diffuses de la gorge (mal des ardents, typhus, peste) et qu'en outre, on ait souvent confondu sous le nom d'anthrax des lésions autrefois appelées noma. Comme on le verra plus loin, cette notion du charbon buccopharyngé devait être singulièrement étendue par Paracelse.

La médication de l'apostème biliaire qui, dit Rolando, expose aux ulcérations tenaces, ne se différencie guère de celle du charbon.

Contre les apostèmes phlegmatiques, pour amener la formation du pus et la rupture de l'abcès, il recommande d'abord le cataplasme à la guimauve, additionnée d'un peu d'écume d'argent (sel de plomb), plus tard l'application péricervicale d'un mélange de mauve, d'axonge, de beurre fermenté, de lait de femme, de limaces bien broyées, ou, si l'aposthème est dur, les cataplasmes à la racine de lis, aux oignons cuits mélangés à de l'axonge et à de la farine de graine de lin.

Le cancer (1) des voies buccopharyngées est dû, selon Rolando, à une corruption des humeurs qui se putréfient. Toute solution de continuité qui, durant les quatre premiers jours, n'a pas reçu des soins convenables, se changerait en cancer et deviendrait fistuleuse. Malheureusement, ajoute-t-il, la disposition de la région, pleine de nerfs et de vaisseaux, rend impossible, contre ces mauvaises carnosités, le traitement habituel (caustiques, ablation). Il fallait donc se contenter des topiques au gingembre, à la bardane, à la chélidoine, à la cannelle, additionnés d'axonge, de cire, de graisse de poule, substances auxquelles on incorporait un peu d'écume d'argent ; c'était la pommade des régions délicates. On avait aussi parfois recours à l'aristoloche et à l'ellébore. Si l'on réussissait à enrayer le mal, on remettait tout en état avec l'onguent vert. Il convient de remarquer cette insistance de Rolando sur les tuméfactions et les ulcérations de mauvaise nature. Certes, ses prédécesseurs connaissaient ces lésions ; mais, tout en les redoutant beaucoup, ils ne faisaient que les signaler en passant, comme Galien et Avicenne notamment. Ajoutons toutefois que Rolando devait confondre évidemment avec le cancer vrai les altérations les plus diverses.

Guillaume de Salicetti s'attarde moins aux variétés humorales des apostèmes; au point de vue des signes physiques, de l'évolution, il semble établir peu de distinction entre les apostèmes bilieux, sanguins.... A propos de la saignée, des scarifications, des ventouses, des cataplasmes, il donne à peu près les mêmes conseils que Brunus et Rolando. Mais le traitement chirurgical est ici

(1) Ulcération tenace.

beaucoup plus détaillé. Il recommande l'incision longitudinale, parce que, dit-il, le pharynx est longé par des vaisseaux importants, notamment les carotides, qu'on est plus sûr de ménager ainsi. Il faut exprimer à fond toute la sanie, puis bourrer la cavité avec des bourdonnets de charpie trempés dans du blanc d'œuf, de l'albumine, pour l'empêcher de se remplir à nouveau d'humeur peccante. Les premiers jours écoulés, on devra oindre la région malade avec l'onguent des apôtres ou l'onguent vert.

Cet auteur est assez partisan de l'ablation de l'extrémité de la luette, quand celle-ci n'est pas trop enflammée. Son traitement des ulcères buccopharyngés est énergique. Il a recours aux caustiques, même au fer rouge, comme Albucasis.

Lanfranc est moins intéressant que Guillaume de Salicetti et se montre plus tributaire des Arabes. Il recommande l'incision des abcès de l'isthme ; pour ceux des régions inférieures, il s'efforce de les rompre en introduisant une grosse tige de bois. On a sauvé ainsi, dit-il, beaucoup de malades qui seraient morts infailliblement; mais on expose beaucoup sa réputation, un grand nombre de sujets succombant aux suites de cette tentative.

Lanfranc a vu survenir, dans des cas d'angines phlegmatiques à forme traînante, de chaque côté de la base de la langue, des saillies volumineuses assez analogues, dit-il, aux amygdales; elles gênaient beaucoup la respiration. Ces tuméfactions cédèrent aux topiques employés d'ordinaire dans les angines phlegmatiques.

Chez un de ses élèves, une angine phlegmoneuse occupant une grande partie de la gorge allait amener l'asphyxie, quand Lanfranc eut l'idée de palper attenti-

vement la région sus-hyoïdienne. Il trouva sous le menton, près de l'épiglotte, une tuméfaction profonde et l'incisa avec le rasoir, après s'être assuré qu'il n'existait en ce point ni vaisseau, ni tendon important. Le pus s'écoula en abondance, amenant une amélioration immédiate, suivie bientôt de guérison.

Lanfranc a donc vu très vraisemblablement une amygdalite linguale et un cas d'abcès profond du cou d'origine pharyngée qu'il sut inciser à temps ; divers auteurs de l'époque de la Renaissance, en particulier Benivieni, firent de semblables tentatives.

Terminons cette étude des chirurgiens de cette époque par l'analyse rapide du passage de *Guy de Chauliac* qui a trait à l'angine et aux collections amygdaliennes. La lecture de cet auteur si renommé nous a causé une grosse déception. Le chapitre est très court et emprunté à Albucasis. Pas une innovation dans le manuel opératoire. Pour les topiques locaux et la saignée, le célèbre praticien d'Avignon copie encore Albucasis ou les écrivains de l'école de Montpellier.

CONCLUSIONS.

Le moyen âge a été sans doute une période d'arrêt pour la nosologie pharyngée. Il n'en a pas été tout à fait de même au point de vue thérapeutique. Le traitement des angines a subi des modifications assez profondes.

Ainsi, au point de vue pharmacologique, les fruits âpres, tels que poires et pommes vertes, cornouilles, noix vertes, merises, prunelles, sorbes, tendent à faire délaisser les herbes, c'est-à-dire l'origan, l'hysope, la rue. La coloquinte, l'éllébore, sont beaucoup moins employés que

dans la période gréco-romaine. On fait un usage de plus en plus étendu du sucre (sirop, électuaires, pilules, etc.) qui tend à supplanter le miel. Comme purgatif, la casse, le séné, la manne, préconisés par les médecins arabes, remplacent peu à peu les substances employées par les anciens.

La saignée, un moment délaissée (siècles barbares), reprend son antique faveur, grâce aux écrits de Rhazès, d'Avicenne, d'Hali-Abbas et d'Avenzoar. Mais on ne pratique guère les émissions locales ; on pique presque toujours au pli du coude, à moins qu'il ne s'agisse de troubles menstruels ; dans ce cas, on saigne aux pieds, suivant le précepte de Galien.

Les révulsifs se réduisent à peu près à l'usage des sinapismes et des vésicatoires dans la pratique courante, bien que les traités de Gordon, de Valescus de Tarenta, mentionnent encore des cataplasmes d'une composition fort complexe, empruntée aux médecins des périodes précédentes.

Les onctions huileuses étaient beaucoup moins usitées que les frictions avec des onguents, où il entrait, en même temps que des drogues calmantes (solanées vireuses, opium), des excréments d'animaux, de la cendre de chauve-souris, de la graisse humaine au besoin (les bourreaux confectionnaient beaucoup de ces onguents qui jouissaient d'une grande réputation), des révulsifs tels que racines d'iris, de polypode, poudre de noix de galle ou des antispasmodiques tels que mus cet camphre.

Le massage des parties enflammées avait complètement disparu. Les ventouses scarifiées étaient en grande partie supplantées par les sangsues. Les enveloppements chauds sont recommandés de temps à autre ; mais on n'y avait guère recours.

Les insufflations de poudre médicamenteuse, les collutoires étaient tout aussi employés que les gargarismes, qui continuaient du reste à jouir d'une grande faveur, sauf les astringents violents dont on commençait à avoir une crainte salutaire. Il est vrai que les méthodistes, puis Galien et les Arabes, avaient depuis longtemps commencé dans ce sens une réaction utile.

La chirurgie ne participe pas au même degré que la médecine proprement dite au marasme général. Les chirurgiens italiens, s'inspirant de l'audace d'Albucasis, font même accomplir des progrès assez notables au traitement chirurgical des affections pharyngées. Ainsi, ils sont plus nettement interventionistes. Profitant des travaux accomplis par les anciens et par les auteurs contemporains (Gordon par exemple), ils savent que des abcès cachés peuvent siéger à la base de la langue près de l'épiglotte ou sur les parties latérales de la gorge, au même niveau. Ils vont les y chercher assez souvent et obtiennent parfois, comme Lanfranc, des succès dont leur renom tire grand profit. D'autre part, on voit Brunus, Salicetti, Lanfranc, détruire, d'une façon presque courante, les hypertrophies amygdaliennes avec le scalpel ou avec les caustiques (actuels et potentiels). Brunus fait même remarquer que, ces hypertrophies ayant une assez grande tendance à repousser, il est bon, dès qu'on en a pratiqué l'ablation, de cautériser le moignon restant au fer rouge.

IV. — TEMPS MODERNES

INTRODUCTION ET DIVISIONS.

Au début du XVI[e] siècle, de grands événements (1) politiques et économiques, la découverte de l'imprimerie, l'étude enthousiaste des monuments littéraires et artistiques de l'antiquité, imprimèrent à toutes les branches de l'activité humaine une impulsion énorme. Ce réveil, ce renouveau, transforma aussi les sciences médicales.

Les traditions de la médecine arabe commencent à être combattues, remplacées par celles de la médecine grecque, pure de tout alliage. Hippocrate tend à supplanter Galien. On commence à comprendre que la recherche clinique, recommandée par le père de la médecine, est préférable au système même le plus brillant, parce que celui-ci est forcément hypothétique et ne rend pas compte de tous les faits. Certains médecins (France, Angleterre, Allemagne) s'intitulent même fièrement partisans d'Hippocrate;

(1) Organisation définitive des États modernes, établissement d'une forte administration, fin des guerres féodales, garanties sérieuses pour le commerce et l'industrie, découverte de l'Amérique, d'une route vers les Indes par le cap de Bonne-Espérance, fondation de nombreuses colonies dans les pays exotiques.

il se fonde de véritables écoles (à Paris par ex. : Houillier, Duret) qui se glorifient du nom d'hippocratiques. D'autre part, des systèmes tout nouveaux (iatrochimisme de Paracelse, Sylvius) tendent à remplaccr le galénisme et même l'humorisme. Ils ne trouvent pas d'ailleurs partout un accueil empressé. En effet, des écrivains parfois fort distingués (ex. : Massaria, Zacutus Lusitanus) continuent à prendre parti pour Galien et les Arabes et cherchent à étayer leurs opinions sur des considérations cliniques qui sont loin d'être toujours sans valeur. Ainsi, pendant le xvie et une partie du xviie siècle, des courants intellectuels fort divers rompent l'uniformité d'aspect que nous avaient présentée, sinon la période gréco-romaine, du moins les périodes byzantine, arabe et médiévale.

L'exposition de tous ces travaux devient singulièrement compliquée et cette difficulté s'accroît de la multiplication sans cesse croissante des ouvrages médicaux.

Durant le xviie et le xviiie siècle, si la médecine arabiste est décidément vaincue, ainsi que le galénisme pur, la situation n'est guère modifiée en réalité ; car d'autres hypothèses, tout aussi inexactes, prennent leur place (iatrochimisme, iatromécanisme, solidisme, etc.). Tous les médecins d'ailleurs ne se rallient] pas aux nouvelles idées ; beaucoup restent fidèles aux traditions hippocratiques, c'est-à-dire à l'observation clinique dégagée de toute idée préconçue, L'humorisme n'est pas du reste mort tout entier. Le plus souvent, on tâche de concilier les idées anciennes avec les conceptions modernes ; dc là un mélange hybride souvent fort curieux. Toutes ces remarques exactes pour la médecine en général le sont aussi pour la pathologie pharyngée.

Ces constatations vont nous amener à modifier un peu

le plan suivi jusqu'ici. Les XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles se complètent ; leurs systèmes médicaux s'enchaînent ; ils constituent une époque à peu près continue. Il serait ainsi peu avantageux de se contenter d'étudier les auteurs séparément d'après l'ordre chronologique. D'autre part, étant donné l'abondance extraordinaire des ouvrages médicaux, on ne peut guère analyser que les écrivains d'une importance majeure.

Si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur les différents travaux de nosologie pharyngée de cette époque, il apparait nettement qu'on peut les grouper, sans doute un peu artificiellement, mais d'une façon utile pour l'exposition, autour des sujets suivants : *processus morbides communs* (esquinancie, etc.) ; études de l'*anatomie pathologique* des diverses phlegmasies ; *processus morbides spécifiques* (diphtérie, scarlatine, variole et rougeole, affections catarrhales, syphilis) ; *tumeurs* diverses. Nous aurions ainsi *quatre grandes classes d'auteurs* ; mais, comme, pour les néoplasmes, à cause du petit nombre de matériaux qu'on retrouve identiques dans un très grand nombre de publications, nous serions exposés à des redites incessantes, nous avons intercalé ce petit chapitre dans les conclusions.

La première partie, sera évidemment de beaucoup la plus vaste, l'anatomie pathologique ne faisant que commencer, les connaissances sur les tumeurs étant encore embryonnaires. Cette partie comprendra d'abord l'analyse des traités *médicaux* et *chirurgicaux*, puis celle de ces publications plus modestes, mais peut-être non moins utiles, qui ont nom *consilia*, *epistolæ*, *recueils d'observations*.

Nous tracerons ensuite, *comme conclusions*, un exposé

aussi complet que possible des progrès accomplis au cours de cette période si intéressante et déjà si rapprochée de nous par l'esprit qui l'anime.

I. — ANGINE ET PROCESSUS MORBIDES COMMUNS

I. — AUTEURS DE TRAITÉS

I. — MÉDECINS

Pour mettre un peu d'ordre dans notre analyse, nous avons cru devoir grouper les auteurs d'après le système pathogénique qu'ils adoptent. Nous aurons ainsi :

Les *hippocratiques* ;
Les *iatrochimistes* ;
Les *iatromécaniciens* ;
Les *éclectiques*.

A. — TRADUCTEURS ET MÉDECINS HIPPOCRATIQUES.

Il se produit à la Renaissance un engouement pour les traductions assez analogue à celui qui précéda en Orient la fondation de la médecine arabe. Ici cependant, ce n'est pas tant pour s'instruire dans les principes de l'art de guérir, que pour renverser l'école établie, qu'on fait passer en latin les principaux ouvrages de la médecine grecque. Sous prétexte de dégager celle-ci de l'alliage grossier dont on la supposait souillée par les interprètes

arabes, c'était en réalité le galénisme, ce système si remarquable, mais parfois si faux et toujours si fermé, dans lequel les esprits commençaient à se sentir à l'étroit, que l'on voulait frapper, pour lui substituer l'hippocratisme; on jugeait en effet celui-ci plus souple et plus près des faits dont il recommande sans cesse l'étude patiente et réfléchie. Dans toute cette époque, on sent la défiance des hypothèses et la recherche de l'observation clinique. Du reste, on ne consulte pas seulement les œuvres d'Hippocrate, mais aussi ses principaux successeurs (1) et Galien lui-même; car on espère qu'il a été mal compris par Rhazès et par Avicenne et que ceux-ci ont donné à ses doctrines une étroitesse et une rigidité que ne comportait pas l'original.

Les principaux hippocratiques furent : Léonicénus, Gonthier d'Andernach dont le labeur fut immense, Linacre, Valla, Cornarius le premier traducteur exact et complet de l'encyclopédie hippocratique, Copus, Jean de Gorris, Houillier, Duret et surtout Daniel de Foes qui accomplit, en l'honneur du père de la médecine, à la fin du XVI[e] siècle, un travail que devait reprendre en français Littré, avec le succès que l'on sait, mais sans pouvoir faire oublier le monument splendide élevé par son illustre prédécesseur de la Renaissance.

D'ailleurs, il ne s'agit pas toujours d'une simple traduction latine; souvent le texte est commenté d'une façon à la fois fort savante et même clinique. Houillier notamment a fait suivre les *Aphorismes* d'excellents commentaires. Rappelons à propos d'Houillier et de Duret, qu'il s'était fondé à la Faculté de médecine de Paris une petite

(1) Les œuvres d'Arétée et de Cælius Aurelianus venaient d'être retrouvées.

phalange d'hommes instruits, bons cliniciens, bien décidés à lutter contre l'arabisme encore triomphant et à le remplacer par les pures traditions hippocratiques ; parmi eux, il y avait Jean de Gorris, Fernel. Ce dernier était un peu moins absolu et tachait de faire concorder Hippocrate, Galien, les auteurs arabes et la clinique. Ajoutons qu'il a dépensé, dans cette tentative un peu chimérique, beaucoup de talent, beaucoup d'érudition ; son style clair, méthodique, est, de plus, d'une élégance qui contraste heureusement avec la lourdeur et les impropriétés d'expression des écrivains du moyen âge.

Il ne faut pas s'attendre bien entendu à beaucoup d'originalité chez ces auteurs qui se font gloire de copier les Grecs et de les traduire ; cependant, il y eut là une évolution, dont il faut tenir grand compte, même au point de vue de la pathologie pharyngée. Des traditions se renouent ; d'autres se rompent ; et, derrière l'imitation des anciens, se cache une ardeur pour l'observation directe dont Menardi, un des promoteurs les plus ardents de la révolution médicale dont nous venons de rappeler brièvement l'histoire, s'est fait l'éloquent interprète. « S'il y a quelque chose qui soit absolument indispensable à l'heure actuelle, c'est d'écrire tout ingénument et sans détour ce qu'on pense être la vérité, sans tenir compte des autorités contraires, les mieux établies, dussent-elles dater de plus de mille ans. » Nous insisterons peu, bien entendu, dans l'analyse des écrits des novateurs, sur tout ce qui appartient à l'antiquité gréco-romaine, leur grande inspiratrice, pour mettre plus amplement en relief ce qui s'y trouve d'original.

Trois auteurs fixeront surtout notre attention, ce

seront : Fernel, Prosper Alpinus et Mercado. (Pour Mercuriali et Massaria, Voy. textes.)

1. — FERNEL.

La pathologie et la thérapeutique générales tiennent une grande place dans les œuvres de Fernel et y sont remarquablement développées. La nosologie proprement dite est le plus souvent abrégée, notamment dans le court chapitre consacré aux maladies de la gorge. Extrêmement bref sur les amygdalites, sur les inflammations de la luette, à propos desquelles il rappelle les divisions adoptées par les Grecs, il s'étend un peu plus longuement sur l'angine. D'après la nature supposée de l'humeur peccante, il la divise en vraie ou fausse. La vraie est engendrée par la bile ou le sang, la fausse (notha), par le phlegme. Cette qualification de fausse, attribuée à l'esquinancie phlegmatique, se justifiait à ses yeux par l'absence à peu près totale de rougeur, de douleur, de fièvre, la tuméfaction seule subsistant avec un peu de dysphagie. C'est là une distinction importante qui ne tardera pas à être imitée par beaucoup d'auteurs (Sennert, Ethmuller). Cette idée de l'angine bâtarde, d'angine fausse, plus ou moins débarrassée de son concept humoral, se retrouvera, assez complètement, dans Boerhaave, Sauvage, etc... L'angine vraie (bilieuse, sanguine) est répartie classiquement en angine proprement dite, en laryngite et en synanche périphérique. Cette dernière variété, bien indécise chez les auteurs de la période greco-romaine, où elle comprenait des abcès pharyngiens, des rhumatismes des muscles du cou et de la gorge, des cas de mal de Pott sous-occipital, est considérée

par Fernel comme la plus bénigne, probablement parce qu'il n'avait vu que le type rhumatismal. Il craint au contraire beaucoup l'espèce caractérisée par une tuméfaction de la racine de la langue et de l'épiglotte, qui peut tuer, dit-il, en moins de huit heures, ceux qui en sont atteints, ainsi qu'il a pu le constater lui-même.

2. — PROSPER ALPINUS.

Prosper Alpinus est un exemple typique des nouvelles tendances qui commencent à se faire jour au XVIe siècle. Très érudit (il a composé un livre célèbre sur la médecine des Égyptiens), il avait fait une étude particulière du traité de Cælius Aurelianus et avait même intitulé son ouvrage : *De la médecine méthodique*. Mais il ne faudrait pas que ce mot nous induise en erreur et nous fasse conclure à une renaissance du méthodisme. Alpinus est encore tout imprégné de galénisme et, s'il fait des emprunts assez nombreux aux doctrines de Thémison, il cite plus souvent encore Hippocrate et Galien. Il en est ainsi dans son passage consacré à l'angine.

Il en indique d'abord les variétés, et insiste tout particulièrement sur celle qui ne se révèle par aucun symptôme apparent, et qu'on considérait comme la plus dangereuse. Il nous apprend que lui-même en fut atteint, en 1560, et qu'il courait le danger d'être étouffé, quand une tuméfaction se produisit à la région sus-hyoïdienne ; un traitement approprié dériva le mal, et, « finalement, dit-il, Dieu aidant, je fus sauvé ». Prosper Alpinus, définit l'angine comme Soranus (Voy. Tome I, texte p. 186) ; mais, s'il rapporte la théorie de la constriction des pores, il penche visiblement pour l'humorisme. Il parle en effet sans cesse

des fluxions, des humeurs, de gargarismes astringents, de lavements détersifs, dont Cælius avait formellement interdit l'emploi. Pour juguler une affection qui, selon lui, peut tuer en moins de vingt-quatre heures, il est partisan des médications les plus énergiques (saignées, ventouses scarifiées); mais il hésite pour les scarifications locales. Il rapporte à ce sujet l'opinion de Cælius, suivant lequel les incisions ne font qu'exaspérer le mal.

3. — MERCADO.

Mercado a publié un recueil de consultations de dimensions modestes, mais rempli d'observations intéressantes et où il a décrit magistralement le « garrotillo » c'est-à-dire la diphtérie buccopharyngée. Nous en reparlerons dans une autre partie de cet ouvrage. Ne devant nous occuper ici que de l'angine vulgaire, c'est son grand traité de médecine (1) qu'il nous faut consulter. Or, dans

(1) Cet énorme ouvrage comprend deux volumes in-folio dans l'édition de Francfort (1615). On y trouve une pathologie générale, assez développée. La forme adoptée pour l'exposition des matières est syllogistique. On y lit d'abord une exposition de la vérité à démontrer, les arguments pour, les arguments contre, et enfin une conclusion. L'allure et le fond des doctrines est toute scolastique. Ainsi des chapitres importants sont consacrés aux problèmes suivants : utilité de la médecine, la médecine est-elle un art? une science unique ? ou une collection de sciences ? repose-t-elle sur la théorie ou sur la pratique ? Puis, viennent de longues discussions sur l'importance de la nature des quatre éléments (elle est nulle, suivant Mercado, qui soutient, contre quelques-uns, que notre corps présente toujours la réunion et non l'état isolé desdits éléments). Ce qu'il dit sur le tempérament et surtout sur les humeurs est un peu plus intéressant; car on y trouve largement développées les théories de l'époque. Les questions qui se rapportent au pronostic sont très fouillées, notamment son étude sur les signes critiques. Malheureusement, Mercado se fait le plus souvent le simple écho des médecins arabes, notamment d'Avicenne, bien qu'il cite aussi les sources originales où sont venus puiser Avicenne et Rhazès, c'est-à-dire Hippocrate et Galien. Il y a donc peu d'originalité dans ce qu'il dit des

le tome II, livre II, p. 165, mentionnant la fameuse théorie des humeurs peccantes descendant de la tête pour se répandre dans le cou, il fait remarquer que les cavités voisines du pharynx sont prises en même temps ou isolément et que, parfois même, le mal se cantonne dans le voile ou dans les amygdales. Néanmoins, pour qu'il y ait angine, il faut que le pharynx proprement dit et le larynx soient intéressés. Il localise bien entendu le processus morbide, soit dans les muscles internes, soit dans les muscles externes de ces organes, à l'exemple de Galien et d'Avicenne.

Les *inflammations de la luette* sont rapidement décrites d'après Hippocrate. Il en est de même des *amygdalites* au cours desquelles, dit-il, les tonsilles gonflées, rouges, douloureuses et saillantes, gênent la déglutition et la respiration, faisant courir aux malades des dangers souvent sérieux.

L'esquinancie proprement dite est plus longuement étudiée. La synanche est dépeinte suivant Avicenne ; Mercado rappelle la pathogénie émise par l'auteur arabe (Voy. Tome I, p. 31). Les trois autres variétés galéniques sont ensuite signalées, ainsi que les différences cliniques qu'elles présentent. Il note la gravité du mal, ainsi que la difficulté, dans beaucoup de cas, de localiser le mal. En effet, les lésions peuvent occuper d'emblée les régions profondes de la gorge, ou y persister lorsque les altérations morbides des parties visibles ont depuis longtemps disparu. Néanmoins les signes physiques révéleront

maladies du pharynx ; mais il n'en est pas de même pour d'autres parties de la médecine, notamment des fièvres. Il y aurait donc un tri à faire des vues personnelles qu'il a émises dans cette première partie de son traité de médecine : nous ajouterons que, malgré ses difficultés, cette entreprise serait pleine d'intérêt.

généralement les causes et la variété d'esquinancie à laquelle on a affaire ; ainsi, l'angine due à une luxation des vertèbres cervicales (mal de Pott sous-occipital) s'accompagne d'une voussure spéciale du cou ; les mouvements du rachis sont très gênés ou impossibles ; la déglutition et la respiration sont entravées et la racine de la langue est comme repoussée en avant (saillie prévertébrale dans le gosier ?). La dyspnée et la dysphagie étant les deux symptômes fondamentaux, suivant que le pharynx ou le larynx sont principalement lésés, l'une ou l'autre de ces perturbations morbides prédominera. Les altérations laryngées se révèlent en outre par des troubles vocaux, comme l'a montré Galien. Qnand l'affection est très intense, le malade ne peut ni fléchir la tête, ni respirer librement ; sa voix est comme brisée (Hippocrate). Cependant, rien n'apparaît à l'intérieur du gosier ou sur la peau du cou (cynanche). Dans la synanche, la gorge se tuméfie au contraire et rougit ; si c'est la parasynanche, ces symptômes s'accusent au cou lui-même. D'autre part, les aliments, s'il y a inflammation gutturale, reviennent par le nez ; l'épistaxis, lorsqu'elle survient, est d'un très mauvais présage (angines septiques, hémorragiques ?). Plus les parois pharyngiennes ou laryngées sont infiltrées, plus les troubles morbides s'accentuent. Les plus dangereux sont, sans conteste, ceux qui se produisent du côté de la respiration ; malheureusement, dans ces cas, l'engorgement inflammatoire est si consistant et si dur qu'il résiste à toutes les médications. L'intensité de la fièvre, la saillie des yeux, la congestion de la face, l'abattement des forces n'indiquent que trop dans ces cas la variété de la maladie (cynanche). D'autre part, le début foudroyant de l'angine doit faire

mal augurer de la terminaison. Les humeurs sanguines ou biliaires sont le plus à redouter parce qu'elles affectionnent les parties internes (cynanche), tandis que la phlegmatique se porte davantage sur les régions externes ou visibles. Cependant la pituite, elle aussi, a ses inconvénients. Elle est parfois remarquablement tenace : elle peut amener des tuméfactions périlleuses. Elle gagne souvent les viscères voisins (métastases) ; c'est ainsi qu'on peut voir se produire subitement par exemple une pleurésie, une péripneumonie.

Le *traitement* des angines indiqué par Mercado est complet et clairement exposé ; mais il n'offre pas de nouveautés et c'est pourquoi nous le passerons sous silence.

B. — IATROCHIMISTES.

1. — PARACELSE.

Introduction.

La Renaissance, ce magnifique mouvement de rénovation intellectuelle, après son stade nettement hippocratique, élargit singulièrement le domaine des connaissances cliniques et s'attaqua aux conceptions pathogéniques traditionnelles.

Parmi les promoteurs les plus actifs des idées nouvelles, apparaît Paracelse, esprit bizarre, irrégulier, sans pondération, comme tout enfumé par les conceptions obscures des sciences hermétiques, mais puissamment original, actif, pénétrant, parfois traversé par de véritables éclairs de génie, surtout intuitif, mais capable d'être à l'occasion un excellent observateur, jus-

4

tifiant à la fois les sentiments les plus contradictoires chez ses contemporains, du mépris à l'admiration la plus ardente, et servi dans son œuvre révolutionnaire tout autant par ses singularités que par ses qualités incontestables.

Adversaire acharné des théories galéniques (1), il les remplace sans doute par des hypothèses tout aussi inexactes et empreintes d'un mysticisme nuageux; mais, en ébranlant (2) des traditions tant de fois séculaires et qui paraissaient indestructibles, il suscita des doutes sur bien des questions qui paraissaient définitivement résolues et provoqua ainsi des recherches indis pensables.

Paracelse rendit encore un autre service d'une portée immense, en insistant sur le rôle prépondérant qu'il fallait accorder, suivant lui, à la chimie dans l'art de guérir. Les innombrables découvertes en biologie et en thérapeutique, accomplies, grâce à cette belle science, au cours de ces cent dernières années, justifient, en quelque sorte, les paroles sévères qu'il adressait aux médecins de son époque, lorsqu'il les engageait à salir leur gants en manipulant les cornues, afin d'arracher à la nature ses secrets.

L'alchimie avait du reste été son étude favorite. Son père, médecin distingué du couvent d'Einsielden près de Zurich, puis de Villach en Styrie, lui en avait, dans son enfance, inculqué les premiers principes. A peine adoles-

(1) Étant professeur à l'Université de Bâle, il brûla sur la place publique les œuvres de Galien.

(2) Dans son enseignement, Paracelse s'éleva avec une violence inouïe contre les opinions des anciens, principalement des Arabes, disant qu'Avicenne, Rhazès et Albucasis n'étaient pas dignes de lui dénouer les cordons de ses souliers

cent, il devint le disciple du célèbre alchimiste Tritheim, abbé de Sponheim, à l'université de Bâle, et se perfectionnait ensuite dans le laboratoire de Sigmund Fugger à Schwal (Tyrol). Il compléta ces notions par de longs voyages dans les principales villes universitaires de l'Europe, en interrogeant les mineurs de la Saxe ou de la Transylvanie, les bohémiens de la Valachie (1). Il pénétra même en plein pays musulman, en Égypte et à Constantinople, où il se fait gloire d'avoir été initié à bien des faits généralement ignorés. Aussi, tout imprégné des doctrines alchimiques, partageant toutes les illusions et les espérances folles des chercheurs de la pierre philosophale, croyant posséder ces connaissances supérieures qui asservissent en quelque sorte la nature à l'homme et lui permettent à volonté de créer de l'or et le fameux élixir de longue vie qui guérit tous les maux, Paracelse osa s'élever contre les opinions régnantes, parce qu'en somme il pouvait dresser autel contre autel. Le temps n'était pas encore venu en effet des recherches accomplies dans un esprit purement scientifique et libre de toute hypothèse dominatrice.

Pour bien comprendre certaines particularités du système médical de Paracelse, notamment la théorie chimique qu'il donne de l'angine, il est indispensable d'entrer dans quelques éclaircissements sur cet art mystérieux de la pierre philosophale, qui se révèle par des écrits d'une subtilité abstruse et des conceptions symboliques si obscures qu'elles ne sont accessibles

(1) Paracelse se vantait d'interroger, sans parti pris, les médecins habiles, les rebouteurs, matrones, baigneurs, bergers, astrologues, qui tous se mêlaient plus ou moins de médecine. Il s'instruisait même, dit-il, près des bourreaux qui passaient pour fabriquer avec la graisse de leurs suppliciés des onguents d'un pouvoir souverain.

qu'aux seuls initiés, proscrit par les lois, redouté par le peuple qui lui attribuait une origine diabolique (1) et dont les adeptes — étrange assemblage de philosophes profonds (Arnaud de Villeneuve, Raymond Lulle, Albert le Grand), d'ignorants hallucinés, de savants véritables (Roger Bacon, Basile Valentin), d'imposteurs éhontés, de médecins justement célèbres (Rhazès, Avicenne, Albucasis, etc.), de charlatans sans mérite et sans scrupules, de faux monnayeurs et même d'empoisonneurs — célèbrent en quelque sorte les rites, le plus souvent la nuit, dans des réduits soigneusement cachés, que garnissent des cornues et des alambics et qu'éclaire fantastiquement le feu des fourneaux.

La *chimie* d'alors ressemblait bien peu à celle de notre époque. La partie organique n'existait pas. On ignorait les métalloïdes, tels que l'oxygène, l'hydrogène, le chlore, l'iode, le fluor, le brome, le phosphore. Les connaissances sur les métaux présentaient des lacunes aussi grandes. On ne savait pas ce qu'étaient véritablement un acide, une base, un sel; mais néanmoins les notions sur la métallurgie étaient assez complètes et la liste des composés divers entrevus à cette époque est déjà longue. Beaucoup de ces découvertes semblent dues aux Égyptiens (2) et aux Chaldéens. Ces vieux peuples paraissent de plus avoir été les créateurs d'une série

(1) Les Babyloniens croyaient que l'alchimie leur avait été révélée par des démons chassés du ciel. Cette tradition se retrouve dans Tertullien et dans Clément d'Alexandrie.

(2) Les anciens Égyptiens étaient très experts en métallurgie. Ils connaissaient une multitude d'alliages, savaient préparer les métaux précieux à divers titres et falsifier l'or à l'aide du laiton et de l'orichalque, c'est-à-dire d'alliages dérivés du cuivre. Ils fabriquaient le verre, les émaux, teignaient les étoffes, etc... Consulter, pour plus de détails les papyrus de Leyde.

d'hypothèses qui dominèrent toute l'histoire de l'alchimie, telles que celles de la transmutation de la matière (1), de la correspondance de chaque métal avec un corps céleste déterminé (le fer avec Mars, l'or avec le soleil, l'argent avec la lune, le plomb avec Saturne, théorie suivant Berthelot d'origine babylonienne), de la conformité exacte en toutes leurs parties du macrocosme (univers) avec le microcosme (corps de l'homme), idée émise vraisemblablement par les Chaldéens. Comme on le voit, l'alchimie s'imprégna de bonne heure d'astrologie. A l'époque de la fondation d'Alexandrie, un nouveau mélange s'opéra avec les rêveries de la métaphysique néoplatonicienne (théorie de l'archée ou âme universelle, de l'âme sensible ou archée particulière à l'homme qui était chargée de toutes les fonctions matérielles de l'organisme, notamment des réactions chimiques par lesquelles on expliquait ces fonctions, du corps astral entourant les êtres et survivant à leur mort, etc.). L'alchimie touchait ainsi à la physiologie. Un autre contact se produisit de bonne heure avec la médecine. En effet, en distillant, en décomposant et en recomposant sans cesse les substances les plus hétéroclites, les alchimistes arrivèrent à trouver des remèdes beaucoup plus puissants que ceux de la pharmacopée galénique. Ils connaissaient déjà de véritables extraits, des teintures; peut-être même étaient-ils sur la voie des essences véritables. Ils maniaient les substances toxiques avec prédilection, parfois dans un but criminel, mais en général

(1) Les anciens s'appuyaient sur certains phénomènes mal interprétés, comme la vaporisation qui change l'eau en un nouvel élément, l'air, ou la solidification qui la transforme en une sorte de corps solide (élément terre).

dans une pensée plus humaine de venir au secours de leurs semblables. Un des passages les plus intéressants de Paracelse est celui où il s'efforce de démontrer que, si les poisons peuvent donner la mort, ils peuvent aussi provoquer le guérison des maladies les plus rebelles, et qu'en somme, dans toute substance toxique, il y a un remède, un antidote qu'il s'agit de découvrir.

Le *système de Paracelse* repose sur des données très analogues à celles que nous venons d'exposer. Suivant lui, toutes les maladies sont dues, soit à un trouble de l'archée, soit à un empoisonnement, soit aux maléfices des magiciens, soit aux conjonctions astrales défavorables, — ce qui expliquerait, suivant lui, les épidémies d'angine, par suite des perturbations générales qu'elle cause — soit aux réactions anormales des minéraux, que l'on supposait parties constituantes du corps humain, comme du sol de la terre ; en effet, d'après la théorie du macrocosme et du microcosme, on devait rencontrer chez l'homme les composés chimiques dont est formé l'univers.

Paracelse n'a pas composé un traité de nosologie proprement dite ; il a fait surtout de la pathologie générale (*Paramirum, Traité des maladies métalliques, des médicaments*). Toutefois, dans ces traités, on trouve çà et là des remarques fort intéressantes sur une affection qu'il croit nouvelle, la *prunella*, et qui n'est autre, comme nous l'exposerons tout à l'heure, que la diphtérie. Ce n'est que dans sa petite chirurgie (Chapitre des apostèmes) qu'il décrit, d'une façon succincte et presque sous la forme d'aide-mémoire, un certain nombre d'affections parmi lesquelles se trouvent l'angine et le bronchus (amygdalite). Enfin, dans son célèbre ouvrage sur la peste et la syphilis, il signale les manifestations pharyngées d'origine vénérienne.

I. — Angines.

Paracelse, comme les anciens, néglige l'angine bénigne pour ne s'occuper que des formes phlegmoneuses ; il range même « l'esquinancie » dans les *apostèmes* (affections caractérisées par la formation d'un « dépôt » on abcès). D'autre part, faisant dériver les troubles angineux des perturbations du réalgar, il les classe dans le groupe des *apostèmes charbonneux*.

Pour Paracelse, le mot de réalgar n'a pas le sens précis qu'on serait tenté de lui donner actuellement. Ce n'est pas uniquement du sulfure d'arsenic, mais encore une sorte de fumée des métaux, un état particulier de leur matière, aussi subtil et aussi irréel que le mercure philosophique des alchimistes alexandrins, qui constituait, suivant eux, l'essence dissimulée de tous les corps solides. C'est ainsi que Paracelse parle des réalgars tirés de l'or, de l'argent, du plomb, du cuivre, etc., qui, pense-t-il, sont des espèces différentes du réalgar vulgaire.

Pour étayer cette hypothèse (1) que le réalgar engendrerait ces perturbations morbides, il fait remarquer que les apostèmes reconnaissant cette origine ont une teinte rose franche, analogue à celle du rubis, que ne saurait produire le sang (2). En s'alliant à d'autres substances, dit-il, le réalgar peut devenir d'un vert franc ou même noir (3) ; or ces teintes ne sauraient être déterminées par la bile (vert) ou l'atrabile (noir), comme le soutiennent les humoristes.

(1) Pour Paracelse, la couleur des lésions indique leur nature.
(2) Rappelons que les anciens ne connaissaient guère que le sang veineux.
(3) Ce sont, comme on le sait, les couleurs de la gangrène.

En admettant la nature charbonneuse de toute esquinancie, Paracelse ne faisait qu'étendre aux apostèmes gutturaux une conception pathogénique que les chirurgiens italiens des siècles précédents (Rolando, par exemple) réservaient aux phlegmasies malignes à tendance gangreneuse. D'ailleurs, le charbon était regardé comme une affection très voisine de l'érysipèle auquel, comme on le sait, les anciens avaient fait une grande place dans la pathologie pharyngée (ils attribuaient les deux affections à la bile brûlée). De la sorte, en rapprochant beaucoup l'érysipèle du charbon, Paracelse n'a fait que supprimer pour ainsi dire la ligne qui séparait d'ailleurs très peu ces deux maladies. De plus, il avait eu l'occasion de voir la terrible diphtérie (prunelle) et considérait, comme Aétius et Arétée, la noirceur des fausses membranes comme un signe de gangrène irrécusable. En rapprochant donc, comme il le fait, l'angine des autres manifestations charbonneuses, de l'anthrax par exemple, il en faisait une maladie locale bien cantonnée comme l'anthrax à la région qu'elle frappe, ayant un siège précis (1) et laissant les parties voisines intactes ou à peu près, ainsi que cela s'observe dans le charbon au début. Or, d'après les théories anciennes humorales d'Hippocrate et de Galien, les humeurs peccantes euvahissaient les veines du cou en général, conception qui enlevait toute précision à la topographie réelle du mal. Ici, l'angine étant un charbon emprunte sa symptomatologie particulière à la localisation même des lésions. C'est bien là la conception de Paracelse, puisque, à propos de certains symptômes de la maladie, il renvoie à l'étude générale qu'il a faite

(1) Paracelse fait même soigneusement remarquer que le centre (siège) du mal est le pharynx.

des apostèmes charbonneux. L'esquinancie devient ainsi le résultat d'un processus général à détermination pharyngée, détermination qui, par essence, n'est pas plus précise que notre œdème, nos congestions... Cette conception nouvelle de processus généraux à manifestations locales multiples, mais de nature identique, est un progrès réel, au point de vue de la philosophie médicale.

Les dépôts (apostèmes), dus au réalgar, s'annoncent, suivant cet auteur, quelle que soit leur topographie, par un mouvement fébrile plus ou moins violent et plus ou moins persistant. La douleur est exacerbante et les parties lésées se teintent des vives couleurs du rubis. En effet, le rouge rose qu'elles présentent n'a rien à faire, redisons-le, avec la couleur lie de vin du sang veineux. S'il se trouve d'autres principes chimiques combinés avec le réalgar, on pourra parfois noter une teinte qui tire sur le vert, plus souvent sur le noir, mais d'une nuance qui ne rappelle ni la bile (vert), ni l'atrabile (noir) des humoristes.

De cette étiologie charbonneuse dérivait pour Paracelse la notion que les « esquinancies », comme d'ailleurs tous les charbons qui n'évoluent pas vers la formation d'un abcès, font courir les plus grands dangers. La clinique, en effet, avait appris aux médecins de cette époque qu'un anthrax, par exemple, peut ainsi — ce qui est le cas chez les diabétiques et les albuminuriques — être pris de gangrène, c'est-à-dire de troubles infiniment plus graves, que la suppuration. D'autre part, comme on le sait, les bubons de la peste qui deviennent rapidement noirâtres sont en général mortels ; or Paracelse devait être familier avec les symptômes de cette terrible maladie alors très fréquente. Il fallait donc, étant donnée une variété

quelconque de charbon, favoriser autant que possible la terminaison naturelle, c'est-à-dire la formation d'un abcès, ainsi que son évacuation au dehors, et éviter soigneusement toute médication capable de s'opposer à cette marche naturelle. Ce n'est qu'ensuite qu'on devait s'efforcer de régulariser et de hâter le processus de guérison ; et encore le rôle utile du médecin était, selon lui, bien limité, ainsi que nous allons le voir plus loin.

La *symptomatologie* de l'angine est esquissée par Paracelse en quelques mots seulement. Ceci n'a rien qui puisse étonner, si l'on se souvient que la petite chirurgie n'est pas autre chose qu'un aide-mémoire. Il se borne en quelque sorte à mentionner les deux symptômes principaux de l'affection, c'est-à-dire la dyspnée et la dysphagie.

La *marche* qu'il lui assigne est naturellement celle du charbon, c'est-à-dire la tendance plus ou moins rapide à la formation d'un dépôt, qui s'ouvrira au dehors, quand il sera mûr. Cependant, bien qu'il localise le mal exclusivement dans le pharynx, où il a pris naissance en raison des réactions vicieuses du réalgar, il est obligé de reconnaître que parfois les parties voisines (régions latérales du cou et nuque) peuvent participer à la maladie. Ceci semblait en faveur de la théorie galénique, d'après laquelle les humeurs peccantes occupaient d'une façon plus ou moins diffuse les veines du cou (les jugulaires, si c'était le phlegme, les petites veines, s'il s'agissait d'une humeur plus subtile, c'est-à-dire la bile). Mais Paracelse n'est pas embarrassé pour si peu. Il rappelle que le réalgar du charbon est infiniment plus quintessencié, plus fin que le réalgar vulgaire (sulfure d'arsenic) et que, par conséquent, il fuse facilement dans les parties voisines, les rougit et les tuméfie. C'est du reste la

seule *complication* qu'il note dans ce très court résumé sur l'angine.

Le *pronostic* est basé sur la question de savoir si le dépôt se formera et pourra s'ouvrir au dehors. A ce point de vue, Paracelse se montre bien moins clinicien qu'Hippocrate par exemple, sur lequel cependant il avait écrit des commentaires et qu'il devait par conséquent bien connaître. Il ne sait pas démêler, comme lui, l'importance de certains symptômes sur lesquels le père de la médecine a insisté avec juste raison. Ici encore, comme dans ce qui a trait aux complications, il lui est notablement inférieur.

Cependant, la notion introduite par Paracelse d'une *évolution naturelle* a bien aussi son importance. Il ne s'agit plus en effet simplement d'une constatation grossière et en quelque sorte surtout chronologique du début, de l'état et de la terminaison, comme on en trouve chez les méthodistes par exemple; il y a ici une vue, hypothétique encore, il est vrai, insuffisamment précise, mais exacte néanmoins, de processus anatomiques intimes qui, une fois en marche, suivent un cycle déterminé. L'iatrochimisme a contribué beaucoup à faire naître et à developper chez les médecins cette utile notion.

Le souci de faire mûrir l'apostème et de lui permettre de s'ouvrir au dehors (Paracelse continue à négliger les formes bénignes du mal, ainsi que ses contemporains et la plupart des anciens, pour ne s'occuper que de la pharyngite phlegmoneuse) le préoccupe tellement qu'il lui sacrifiera pour ainsi dire tout le traitement de l'angine. Ici encore un certain nombre de faits cliniques justifiaient en quelque sorte la voie dans laquelle il était entré. On sait que, si un processus phlegmoneux

plus ou moins diffus siège dans la cavité buccopharyngée, plus vite le mal se cantonne et évolue vers un abcès bien limité, plus on a de chance de voir le malade se tirer d'affaire ; tandis que, si l'œdème et la tuméfaction gagnent rapidement les parties voisines sans tendance à la formation d'un foyer de suppuration bien net, c'est-à-dire sans se collecter, puis s'ouvrir, comme s'expriment les modernes, le malade est irrémédiablement perdu. C'est ce qu'on a l'occasion de constater par exemple dans les angines de Ludwig et de Senator ; la bactériologie donne la clef de ces processus si différents, en montrant qu'il s'agit de septicémies d'intensité variable. Paracelse pouvait aussi, rappelons-le, être arrivé à cette notion par l'observation de certaines épidémies d'angines meurtrières de l'époque, qui ne se terminaient que trop souvent par la gangrène.

Son *traitement* est inspiré par deux considérations : d'une part la notion que le mal siège exactement au pharynx et que c'est là qu'il faut uniquement agir, d'autre part la crainte que l'apostème pharyngé, le charbon de la gorge, comme il l'appelle, ne puisse arriver à maturation. Aussi, il rejette délibérément les méthodes perturbatrices, par lesquelles les humoristes tachaient de juguler l'affection dès le début. On peut dire qu'à ce point de vue, Paracelse s'est montré beaucoup plus radical que les méthodistes ; car il repoussait énergiquement la saignée, les purgatifs, les ventouses et les vésicatoires. Sa façon de traiter la pharyngite ne diffère pour ainsi dire aucunement de la médication topique prescrite aujourd'hui. Il s'en tient, au début, exclusivement aux gargarismes lénitifs et adoucissants propres à apaiser, comme il le dit, la douleur et à favoriser la

maturation du mal. A une période plus avancée, il s'est bien trouvé d'une préparation officinale formée de miel rosat, d'aristoloche ronde, d'eau de prune ou de prunelle ; mais on ne devait y avoir recours qu'après l'ouverture de l'apostème. Paracelse et les médecins alchimistes, ainsi que beaucoup de praticiens de l'époque, du reste, avaient une très grande confiance dans l'*eau de prunelle*. Parlant ailleurs de cette eau, il la regardait presque comme le spécifique, comme la panacée de l'angine. On sait que cet auteur n'admettait pas la panacée universelle de certains alchimistes ; mais il pensait que chaque affection devait avoir son remède spécifique, qu'il s'agissait de découvrir. Il n'était pas éloigné de croire que l'eau de prunelle pouvait jouer ce rôle contre l'angine. Toutefois, on aurait lieu de s'étonner de la faveur extraordinaire accordée à pareil médicament, si l'on ignorait les étranges hypothèses auxquelles Paracelse et beaucoup de ses contemporains aimaient à se livrer. Il y avait très probablement là quelque chose de ce qu'on a appelé la médecine des *signatures*.

Paracelse en effet admettait, outre les propriétés évidentes des médicaments, des propriétés cachées, des « arcanes » que rien ne venait révéler, sauf certaines analogies de nom et surtout d'apparence physique. Or ici, rappelons que l'angine était alors dénommée assez souvent prunelle par le vulgaire, et que notre auteur a même employé ce terme en divers passages de ses œuvres. D'autre part, les amygdales enflammées ont vaguement la couleur et la forme d'une prune rouge mûre, comme le fait remarquer un commentateur français de Mathiole. Il n'en fallait pas plus pour supposer à ce fruit une action mystérieuse, toute-puissante, quoiqu'in-

visible, sur l'archée, c'est-à-dire sur l'âme sensible auxquelles sont dévolues, suivant les néoplatoniciens et Paracelse, les fonctions matérielles de l'économie, et qui se laisserait modifier par les irradiations du corps astral des étoiles, des plantes, des animaux, de l'homme. — (Paracelse admet que le corps astral du médecin agit sur celui des malades et détermine ainsi des réactions salutaires; aujourd'hui nous parlerions de suggestion.) — Mais cependant, quelle que fût l'action bienfaisante de la fameuse eau de prunelle, Paracelse reconnaît que l'apostème une fois ouvert ne se cicatrise, comme toutes les autres plaies du reste, qu'à l'aide du *baume naturel*. Disons comme il concevait ce baume.

Il ressemblerait un peu aux préparations médicinales qui portent ce nom, tout en étant beaucoup plus subtil. Nos tissus en seraient naturellement imbibés et ainsi préservés de la putréfaction. Le rôle du médecin consisterait à favoriser la formation abondante de ce baume et à s'opposer à son altération ; mais l'homme de l'art ne pourrait, pensait-il, arriver, sans cette substance, à la guérison de la plaie qui se fait, en définitive, sans son intervention et par les seules forces de la nature. Cette doctrine, comme on le pense bien, avait soulevé l'indignation de beaucoup de ses confrères, qui l'accusaient de dénigrer le pouvoir de la médecine et de la faire passer quasi pour impuissante aux yeux du public. La postérité s'est montrée plus juste que les contemporains de Paracelse. Elle sait que la cicatrisation s'effectue à l'aide de processus spontanés, sur lesquels on n'a guère de prise ; de telle sorte qu'il faut, comme le disait Paracelse, se borner à écarter les causes perturbantes du phénomène.

S'il y avait tuméfaction des parties voisines, Paracelse

recommandait, mais alors seulement, l'application de topiques cutanés, dont il donne la formule. C'étaient des sortes de cataplasmes à la farine de fenugrec, mélangée à de la céruse, au camphre, ou bien faits de miel rosat, de barbe de Jupiter, de carthame, qu'on appliquait tièdes sur la nuque.

II. — Bronchus.

Sous le nom de *bronchus*, immédiatement après l'apostème guttural, Paracelse décrit, d'une façon fort brève et fort vague il est vrai, l'amygdalite, bien qu'il ne nomme pas expressément son siège, les tonsilles. En effet, il emprunte ce terme baroque aux vieux chirurgiens italiens, notamment à Rolando. Or, chez ces auteurs, le mot bronchus a la signification que nous lui donnons ici. D'autre part, si Paracelse ne parle pas des amygdales, il signale la tuméfaction de la luette et du voile, qui est si fréquente dans cette affection.

Il attribue le mal à une descente des humeurs, qui, dévoyées ou altérées, s'élimineraient par les tonsilles, qu'il regardait comme une *sorte d'émonctoire*. Ceci semblerait démontrer que Paracelse, au besoin, se rangeait, comme ses contemporains, parmi les partisans de doctrines pathogéniques, qu'il combat autre part avec tant d'âpreté ; mais ce n'est qu'un apparence. En effet, si l'on se rapporte à son traité de philosophie médicale, on voit qu'il entend par humeurs, les liquides de l'organisme chargés de toutes sortes de déchets et en quelque sorte *excrémentitiels*. Ainsi, pour lui, la bile est surtout nuisible parce qu'elle contient toutes sortes d'excréments, notamment ceux du foie. Paracelse était ainsi arrivé à cette notion fort juste que les *liquides de l'organisme*

sont chargés de principes toxiques, dus aux modifications chimiques multiples que subit la matière vivante.

Pour lui, le bronchus est une maladie caractérisée par une inflammation de la luette et du voile, ainsi que des parties voisines, qui, tantôt reste cantonnée, et tantôt se propage au reste de la gorge, déterminant les phénomènes habituels de l'angine.

Comme traitement, Paracelse recommande principalement les « arcanes », c'est-à-dire les médicaments à propriétés cachées et mystérieuses, dont il fait si grand cas ; aussi préconise-t-il surtout l'eau de prunelle contre le bronchus. Il indique encore deux gargarismes ; l'un composé de suc de pyrèthre, d'hypéricum, de persicaire, associès à l'oxymel, l'autre préparé avec du suc de grenade, de persicaire et de vinaigre. Ces topiques déjà employés par les anciens étaient regardés par eux comme cautérisants et excitants.

III. — Diphtérie (1).

Contrairement aux opinions courantes, Paracelse, le premier, a rappelé l'attention sur les angines diphtériques, profondément oubliées depuis Arétée et Aétius ; et cela, bien avant les médecins espagnols et italiens du commencement du XVIIe siècle, avant Forestus et même avant Baillou, qui fit paraître seulement vers la fin du XVIe siècle son célèbre ouvrage sur les épidémies parisiennes.

Sous le nom de *prunella*, il décrit en réalité la *diphtérie buccopharyngée*. En effet, dans un passage fort

(1) Ce paragraphe devrait se trouver au chapitre Diphtérie ; mais cette disposition enlèverait beaucoup de son intérêt à notre étude sur Paracelse.

intéressant de sa grande chirurgie, où il étudie les maladies infectieuses qui peuvent compliquer les plaies dans les camps en temps de guerre, il signale chez des soldats, en même temps que la prunelle, des pseudo-membranes (*cuticulæ*) identiques à celles de la gorge. Les manifestations gutturales ne permettent pas de penser qu'il s'agissait de la pourriture d'hôpital.

Paracelse est, comme d'habitude, très bref dans sa *description*. Il y a, dit-il au début, chaleur intense dans la gorge, avec rougeur très marquée, analogue à celle de l'érysipèle ; puis, la teinte tourne au blanc grisâtre, au gris et même au noir ; la couleur n'est pas toujours uniforme. Le mal siège au niveau de la racine de la langue.

Dans un autre passage de son traité sur les maladies engendrées par les sels (*mala tartarea*), il en fait le *résultat d'une mauvaise digestion du foie* ; les sels se déposeraient dans cet organe et l'encrasseraient au point que l'air élémentaire (l'un des éléments de l'univers), appesanti, épaissi, ne peut plus circuler dans le corps, comme il le devrait ; il finit cependant par s'échapper du viscère hépatique ; il remonte à la gorge où il détermine, par l'âcreté vitriolique dont il est imprégné, tous les phénomènes qui caractérisent la prunelle. On ne peut pas dire que le foie détermine l'affection ; mais c'est un trouble survenu dans le foie qui lui donne naissance. En ce sens, c'est une maladie hépatique. Dans sa grande chirurgie, Paracelse dit que la prunelle peut être considérée comme une *perturbation de l'arsenic*. Or l'arsenic est pour lui un sel et même un sel caustique, jouant par là le rôle d'un vitriol (les chirurgiens employaient l'acide arsénieux pour détruire les chairs surabondantes ; cette pratique se continua jusqu'au XVIIIe siècle). Nous avons vu d'ail-

leurs que, suivant Paracelse, c'est aussi à une variété d'arsenic, au réalgar (sulfure d'arsenic) qu'est attribuée la propriété de déterminer l'angine, quand ses réactions dans l'organisme sont troublées.

Le *traitement* qu'on peut diriger contre la diphtérie buccale, dit Paracelse, est le plus souvent impuissant. Il recommande l'eau de prunelle. Autre part (*Traité de la peste*), il conseille un remède secret, un de ces arcanes qui agissent mystérieusement par des sympathies cachées (entre les corps astraux des deux êtres ?). Prenez, dit-il, six à huit écrevisses (1), pilez-les et nettoyez avec ce suc la langue et le reste du gosier. L'auteur veut en effet qu'on frotte à diverses reprises cet organe de façon à le nettoyer et à lui restituer sa couleur rouge, parce qu'il faut, dit-il, le désencrasser des substances nocives que le mal y dépose sans cesse au cours de la maladie.

Notons enfin en terminant que Paracelse, dans un passage de son traité sur la maladie du tartre, dit formellement qu'il s'agit d'une *maladie nouvelle*.

IV. — Lésions pharyngées syphilitiques (2).

Paracelse est un des premiers auteurs qui se soient occupés de la syphilis, et l'on s'accorde à dire qu'il en a donné une assez bonne description. Il note soigneusement les accidents secondaires qui surviennent du côté de la cavité buccopharyngée. Il voit là une véritable angine, qu'il appelle *squinantia gallica*, et confond, comme tous ses contemporains, les plaques muqueuses avec les ulcères. Il signale la fréquence de ces plaques sur les

(1) La constellation de l'écrevisse était censée influencer le cou.
(2) Même remarque que pour le paragraphe : Diphtérie.

lèvres, les gencives, le voile, etc. Il sait que le larynx est souvent pris d'une façon concomitante et localise les déterminations syphilitiques de cet organe dans sa couche musculaire. L'allure symptomatique, dit-il, rappellerait parfois celle du bronchus (amygdalite), avec laquelle l'affection peut parfois se combiner. Aucune manifestation syphilitique n'est aussi violente (1), ajoute-t-il, ni aussi prête à se putréfier que ces déterminations pharyngées? Paracelse parle même d'érosions profondes de l'os du palais et de l'os basilaire (?), entraînant le rejet par le nez des aliments liquides et même solides. S'agit-il de perforations palatines, ou de troubles dysphagiques? Si la première hypothèse est vraie, Paracelse aurait vu de véritables lésions tertiaires; ce que ferait supposer sa remarque que les ulcères vénériens de la cavité bucco-pharyngée ont une grande tendance à se putréfier, c'est-à-dire à gagner en étendue et à amener des lésions destructives.

CONCLUSIONS.

Nous venons d'exposer les vues émises par Paracelse sur les maladies du pharynx; mais, pour dégager celle-ci de sa phraséologie si spéciale et si abstruse, il convient d'en faire un court résumé, en laissant de côté, bien entendu, la prunelle (diphtérie), dont nous avons longuement parlé et qui est une addition réelle et importante aux connaissances acquises.

Ce qui frappe, c'est que, malgré l'extrême concision des chapitres qu'il a consacrés à ce sujet, soit dans cette espèce d'aide-mémoire qu'il a appelé sa petite chirurgie,

(1) Probablement à cause des accidents buccaux d'intoxication mercurielle.

soit dans son traité de la peste et de la syphilis, il ait pu amener dans les conceptions traditionnelles des changements aussi notables, bien que ceux-ci d'ailleurs ne portaient en réalité que sur deux points, capitaux il est vrai, la *pathogénie* et *la médication.*

En remplaçant la théorie humorale par une hypothèse chimique, il a modifié, pour ainsi dire de fond en comble, l'aspect des choses ; ce qui prouve une fois de plus quelle importance il faut ajouter à l'étiologie, même quand il s'agit de la vieille médecine. En effet, en niant les humeurs peccantes, en supposant que l'angine était due à un processus local, il contestait par cela même toute utilité aux médications dérivatives (saignées, purgatifs, scarifications, ventouses, cataplasmes, vésicatoires, vomitifs), et il se trouvait forcément amené à l'usage, pour ainsi dire exclusif, des topiques pharyngés.

Du reste, en faisant disparaître les théories pathogéniques anciennes, on arrivait fatalement à concevoir autrement les symptômes, la marche et le pronostic, puisqu'on n'entrevoyait en somme tout cela qu'à travers des idées préconçues.

De plus, Paracelse, en admettant d'une part que l'esquinancie était une simple variété du charbon, c'est-à-dire d'un processus dont il ne fallait pas troubler l'évolution naturelle, sous peine de faire courir aux malades les plus grands dangers, en soutenant d'autre part que la réparation des lésions morbides se faisait en réalité grâce au baume naturel qui imprègne nos tissus et les préserve de la putréfaction, restreignait singulièrement l'intervention médicale. Le médecin devait en effet se borner à favoriser la formation de l'abcès, terminaison nécessaire et en quelque sorte salutaire de l'affection, et,

après l'ouverture de celui-ci, empêcher toute perturbation dans le phénomène de la cicatrisation qui lui échappait en réalité. On peut dire que le rôle du praticien n'était plus en somme qu'une *expectation armée*. Aussi la médication de Paracelse n'a rien de la complexité de celle des auteurs gréco-romains. Au début, il conseille les gargarismes adoucissants et, vers la fin, les gargarismes astringents.

La description du bronchus, affection produite par les humeurs excrémentitielles, engendréesp ar les pertubations morbides de l'économie, semble prouver aussi qu'il séparait ces lésions glandulaires de l'angine proprement dite, et, ici encore, Paracelse a un pressentiment exact de la nature intime des processus.

S'il a fait surtout œuvre de théoricien, à propos de l'esquinancie et du bronchus, il s'est, par contre, révélé bon clinicien, à propos des lésions syphilitiques de la gorge. Il a noté la constance, le siège, la persistance, les troubles fonctionnels intenses des déterminations vénériennes secondaires, qu'il attribue à une sorte d'angine et à la présence d'ulcères. Il a constaté l'existence concomitante habituelle d'une laryngite; enfin, il a su démêler, et ceci est très important, le caractère destructif des lésions syphilitiques buccopharyngées qui manquent, affirme-t-il, de baume naturel; ce qui les expose beaucoup à se putréfier. Elles peuvent se combiner avec le bronchus, terme qui chez lui paraît désigner l'amygdalite. Il semble en outre, comme nous l'avons vu plus haut, qu'il ait signalé les perforations palatines.

SUCCESSEURS DE PARACELSE, SYLVIUS DE LE BOÉ.

L'ébranlement imprimé par Paracelse aux doctrines traditionnelles ne se calma pas après sa mort, ainsi que l'espéraient ses adversaires. Le goût de la chimie notamment, qu'il avait réveillé parmi les médecins, lui survécut. Pour s'en convaincre, il suffit de parcourir la pratique médicale d'Hartmann (*Praxis chymiatrica*), sorte de résumé thérapeutique, composé pour ainsi dire d'emprunts fait à ses médications, notamment à propos des maladies du pharynx. Sennert lui-même, malgré son respect pour les anciens, est, à certains points de vue, un de ses disciples. Néanmoins, le iatrochimisme de Paracelse était trop révolutionnaire, trop empreint de mysticisme, trop obscur aussi, pour triompher. Il ne tarda pas à être remplacé par un nouveau système, basé lui-aussi sur la chimie, mais plus clair, moins aventureux dans ses déductions, surtout moins hostile au passé; car, en bien des points, il conserve les vieilles idées humoristes et devient partant plus facile à accepter. C'est celui de Sylvius de le Boé, distingué anatomiste, grand clinicien et écrivain disert (1).

Pour lui, il se produit une série de digestions des aliments sous l'influence des fermentations salivaires, gastriques, pancréatiques, biliaires, rénales et pulmonaires. Les ferments sont du reste inertes; ils n'ont plus

(1) Sylvius, après avoir étudié à fond la médecine, la physiologie et la chimie de son temps, avait été nommé professeur à Leyde où il fonda l'enseignement clinique hospitalier. Il faisait des leçons au lit des malades, ordonnait à ses nombreux élèves de recueillir les observations, pratiquait de fréquentes autopsies. Toutes ces nouveautés lui acquirent un immense concours d'auditeurs.

rien de l'espèce de vie que leur prêtait Paracelse ; ils sont simplement acides ou alcalins. Si les phénomènes qu'ils déterminent sont anormaux, les humeurs deviennent ou trop âcres (chargées de sels), ou trop alcalines, ou trop acides. Ces âcretés, ces alcalinités, ces acidités suffisent pour engendrer toutes les maladies, en détériorant le sang, la bile, ou la pituite, humeurs qu'il conserve, mais en leur faisant subir quelques modifications. Ainsi, la pituite est pour lui identique à la lymphe, dont les recherches d'Aselli sur les chylifères, de Rudbeck et de Bartholin sur les lymphatiques, avaient montré l'abondance dans l'organisme. Or, il faisait rentrer dans la lymphe les secrétions pancréatiques et salivaires, que les physiologistes du temps commençaient à étudier, quoique d'une façon encore bien imparfaite. Cette lymphe ou pituite déterminerait, lorsqu'elle est secrétée en trop grande abondance, lorsqu'il y a, comme il le dit, diarrhée des glandes muqueuses, l'état spécial qu'il appelle déjà *fièvre catarrhale* et qu'il déclare constitué par le coryza, l'angine bénigne, la toux, etc. Dans un autre chapitre, où il énumère les obstacles à l'inspiration, il dit que, si le larynx, les amygdales ou les parties voisines sont gonflées par une *pituite épaisse*, l'air n'arrive que difficilement aux poumons. Cette viscosité, cette condensation des humeurs étaient due, suivant lui, au ralentissement de la circulation et surtout à une acidité exagérée. Nulle part, du reste, on ne trouve dans sa pratique médicale autre chose que de courtes allusions au pharynx; car ses œuvres ne comportent que de la pathologie et de la thérapeutique générales. Il est un peu plus explicite cependant sur la prunelle de Paracelse qu'il appelle « *febris synochialis*, *pumicie nigricans* », qui détermine,

dit-il, une chaleur et une rougeur intense, mais sombre, de la gorge et de la langue, dont la coloration tourne bientôt au noir. Ce n'est plus la pituite qui l'engendre, mais une bile, tantôt âcre, tantôt trop épaisse, pénétrant dans les glandes de la région, se mélant à la salive et imprégnant même l'air que l'on respire, de telle sorte que les narines et les lèvres se gercent et se couvrent de croûtes. Plus loin, il se demande, s'il n'y aurait pas aussi altération huileuse de la bile. Contre cette affection qu'il juge assez dangereuse, il conseille tous les remèdes qui luttent contre l'ardeur, l'âcreté et les modifications de couleur des parties malades. Il recommande les gargarismes astringents, au plantain, au lactucarium, à la portulace, à la feuille de troëne, de fraisier, au fruit du prunelier, qu'on additionnera de sirop de mûres, de grenade, de vinaigre et de citron. Il est même partisan de la déplétion sanguine par les veines ranines, quand la langue se tuméfie. Comme on le voit, c'est à peu près les remèdes recommandés par les auteurs de cette époque (Sennert).

C. — ÉCLECTIQUES DU XVII[e] SIÈCLE

A côté des iatrochimistes purs, certains auteurs, tels que Sennert et Ethmuller, sans rompre, à proprement parler, avec les traditions, tâchent d'incorporer à la théorie humorale une partie des nouveautés introduites par Paracelse et ses sucesseurs. Ce sont ainsi des *éclectiques*.

1. — SENNERT.

Le traité de Sennert est certainement l'ouvrage médical le plus étendu (il est comparable comme ampleur au

Canon d'Avicenne), le plus complet, le plus sérieux qui ait paru pendant la Renaissance et les premières années du XVII[e] siècle. Il résume, pour ainsi dire, les doctrines de l'époque. Doué d'une érudition immense, Sennert relate tout ce que les anciens avaient écrit d'intéressant, sur les angines par exemple. C'était en même temps un excellent clinicien (1), et il ne haïssit pas d'instinct les nouveautés, comme Massaria et quelques autres. Il prête, notamment à propos des affections du pharynx, une grande attention aux travaux de ses contemporains et cherche à ajouter personnellement au trésor des connaissances acquises.

Comme la plupart de ses contemporains, il montre volontiers combien il est versé dans la langue grecque, en faisant étalage de mots de cette langue, dont il discute ensuite le sens avec la rigueur d'un grammairien. Il en est ainsi pour sa *définition* de la synanche.

Il *divise* d'abord les angines en deux grandes classes : l'angine vraie, et l'angine bâtarde. Cette dernière n'est autre que l'angine phlegmatique des anciens. Galien avait déjà signalé le caractère moins aigu et l'allure traînante des synanches dues au phlegme. Les auteurs arabes, surtout Avicenne (Voy. Tome I, p. 256), avaient particulièrement insisté sur cette marche torpide, remarque répétée ensuite par la plupart des écrivains du moyen âge. Mais, s'ils admettaient que les phénomènes inflammatoires locaux et généraux étaient moins intenses, ils n'allaient pas jusqu'à dire qu'ils faisaient défaut. Cependant l'on marche visiblement vers cette conception extrême, avec quelques auteurs de la Renaissance, notamment

(1) Il a le premier décrit complètement la scarlatine.

Baillou. Ce sont probablement les cas d'angine sèche de ce dernier auteur qui ont poussé Sennert à admettre cette variété d'angine bâtarde, qui sera depuis reproduite par la plupart des nosologistes du XVII[e] et du XVIII[e] siècle.

Angine vraie (exquisita). — Dans la *partie étiologique* qui est très développée, Sennert, tout en se montrant jusqu'à un certain point partisan de Paracelse, conserve cependant les bases fondamentales de la théorie humorale, et cite les opinions émises par Hippocrate, Galien, Rhazès, Avicenne, etc. Il tâche d'expliquer la fréquence des inflammations pharyngées par le voisinage du cerveau, qui, froid et résistant, chasserait les humeurs peccantes vers les organes du voisinage : gorge, larynx, yeux, nez, oreilles (1) ; le pharynx, lâche et imbibé naturellement d'humeurs âcres et visqueuses, serait plus apte à s'enflammer. Sennert trouvait ainsi vraisemblablement une explication de ce fait curieux que, sous l'influence d'un refroidissement par exemple, des organes très divers peuvent être atteints chez certains individus, et restent indemnes chez d'autres.

D'après Cælius Aurelianus, il note la prédominance de l'angine chez l'homme, plus exposé selon lui aux intempéries. En outre de cette explication rationnelle, il invoque le tempérament de la femme plus froid et conséquemment moins apte à l'inflammation, puis l'étroitesse et la petitesse de son pharynx et de son larynx, disposition qui, dit-il, le rendent moins perméable aux humeurs. Les autres causes déjà connues (mets âcres ou trop chauds, champignons, fruits irritants, froid, humidité, etc.) sont exposés d'une façon complète.

(1) Sennert ébauche donc, avec Sylvius, la fièvre catarrhale du XVIII[e] siècle.

La notion d'épidémie est reprise. Sennert, après avoir signalé les intéressantes remarques de Forestus à ce sujet, ajoute que lui-même a vu, certaines années, le mal frapper un grand nombre d'individus en Allemagne.

Sennert insiste sur ce fait que, *dans l'angine véritable*, il faut que les voies aériennes supérieures (pharynx, larynx) soient enflammées. Il rejette donc la variété admise par Dodonœus, où les lésions siégaient dans le parenchyme pulmonaire, bien que, d'après cet auteur, la toux et l'expectoration fissent défaut et qu'il y eût une sensation de gêne et même de douleur au niveau du pharynx, du larynx et de la trachée.

Comme les auteurs de la période gréco-romaine, il se base d'abord sur la topographie des lésions, pour établir *la classification des angines*; il admet les quatre variétés de Cælius Aurelianus, Galien, etc. Il insiste surtout sur l'aspect clinique des affections appelées par les Grecs, l'une cynanche, l'autre synanche, et naturellement trouve aussi la première la plus dangereuse. Il ajoute que l'intensité des symptômes et la durée de l'affection sont assez variables et pourraient servir à l'établissement de formes cliniques différentes.

Le *diagnostic* est fondé sur les signes physiques et les symptômes rationnels. La dysphagie et la dyspnée sont les deux traits fondamentaux. La rougeur et la tuméfaction ne se voient pas dans la cynanche où, par contre, l'étouffement et la douleur sont à leur maximum.

Angine bâtarde. — Sennert est assez bref sur l'angine bâtarde dont nous avons déjà rappelé l'origine, selon lui, phlegmatique. Il l'assimile à l'œdème des anciens. L'absence de signes et de symptômes inflammatoires, avec un peu de dysphagie, est sa caractéristique.

Mais si le tableau morbide est effacé, par contre la marche est beaucoup plus lente que dans l'angine vraie, et le mal peut persister pendant fort longtemps.

Affections des amygdales. — Selon Sennert, les amygdales peuvent parfois se tuméfier d'une façon durable (1) et même changer de couleur, sans qu'il y ait inflammation. Dans ce cas, les glandes se laisseraient gonfler comme une éponge par la pituite, sans réagir.

Il n'en est pas de même quand les humeurs sont âcres et salées (hypothèse de Paracelse, Voy. textes). Il en résulte des phlegmasies bien plus intenses et bien plus gênantes que les inflammations de la luette. Comme Arétée, il avait constaté que le mal est fréquent chez les jeunes filles aux approches de la menstruation. Les symptômes de l'affection sont assez bien exposés ; la description en est empruntée en grande partie à Paul d'Egine. Dans le commencement de la maladie, surviennent souvent des ulcères caractérisés par leur aspect, leur couleur cendrée ou même blanche ; on dirait des sortes de taches. Souvent ils se recouvrent de véritables croûtes (pseudo-membranes). Comme terminaisons possibles, Sennert signale :

1° La résolution plus ou moins rapide ;

2° La suppuration et la formation d'un abcès avec menace de suffocation, etc. ;

3° L'induration ;

4° La gangrène (?) qu'on voit, dit-il, survenir dans certaines épidémies et qui est le plus souvent mortelle (gangrène véritable et diphtérie) ;

5° L'ulcère ; certains sont assez bénins et guérissent

(1) Ceci est une des premières mentions bien nettes de l'hypertrophie adénoïde vraie de l'amygdale.

vite, tandis que d'autres sont rebelles et souvent accompagnés de symptômes très menaçants (diphtérie). Souvent de petites ulcérations se fusionnent pour former un gros cratère unique. Parfois, les pertes de substances noirâtres sont entourées d'un halo rougeâtre ; ce qui les fait ressembler beaucoup au charbon ;

6° L'invasion des voies aériennes, telles que trachée, bronches, poumons ; ce qui s'annonce par la toux, l'expectoration, etc.

En outre des ulcères d'origine inflammatoire, Sennert en admet d'autres qui n'ont rien de phlegmatique dans leur origine et sont dus à des réactions vicieuses des sels de l'économie (sel vitriolique, arsenic, etc.)

Enfin, il décrit assez complètement les indurations amygdaliennes, reliquat de phlegmasies anciennes le plus souvent multiples, qui, dit-il, peuvent amener une telle augmentation de volume qu'elle gêne considérablement la déglutition et même la respiration. Il a comparé ces lésions *au gonflement chronique des ganglions scrofuleux du cou.* Il en recommande l'ablation d'après les procédés de Paul d'Égine.

Notons en terminant tout l'intérêt que nous présente la partie dont Sennert fait suivre habituellement les chapitres les plus importants de son traité, et où il discute les questions d'intervention. Il recommande la laryngotomie, rappelant, d'après Albucasis, que les plaies de la trachée ne sont pas incurables.

2. — ETHMULLER.

Le traité d'Ethmuller a, pour la fin du XVIIe siècle, la même valeur que celui de Sennert pour la Renaissance.

Il résume bien les travaux de ses contemporains et met au point l'état des connaissances.

L'*étiologie* que cet auteur assigne aux angines se ressent du iatrochimisme de l'époque, mis à la mode, après Paracelse, par Sylvius de le Boe à Leyde (Hollande) et par Willis à Londres. On ne parle plus guère de la bile, ni du phlegme, ni de l'atrabile, ni du sang échauffé, mais bien de la lymphe trop visqueuse (de nombreux travaux avaient été faits sur les lymphatiques depuis la découverte d'Aselli sur les chylifères), qui, en s'accumulant par exemple dans les amygdales, y arrête le cours du sang et y provoque ainsi l'inflammation. D'autre part, cette lymphe, qui s'écoule des tonsilles par des trous visibles à loupe et parfois à l'œil nu, devient trop âcre et trop acide, par l'altération de ses principes chimiques, quand il y a catarrhe, et ce liquide irrite encore ou même corrode par son acrimonie les parois de la gorge. Les corps étrangers, les mets trop chauds ou irritants, les liquides caustiques, tels que l'eau forte, peuvent aussi être la cause du mal, ainsi que le froid, les troubles menstruels, les frictions mercurielles et certaines *constitutions épidémiques*.

Précisant la *topographie* du mal, Ethmuller englobe dans l'esquinancie la glossite, que certains auteurs tendaient déjà à séparer de la pharyngite. Il admet avec ses prédécesseurs que son domaine comprend non seulement le pharynx, mais encore le larynx. Il adopte la vieille *classification* : synanche (lésions des parois ou muscles internes) ; parasynanche (lésions des parties périphériques de la gorge) ; cynanche ou laryngite ; paracynanche (périlaryngite). Cette division remonte, comme on le sait, non seulement à Galien, mais peut-être aux Alexandrins (Voy. Tome I, p. 14.). Comme Dodonœus et quelques autres, et

contrairement à Sennert, il croit que les poumons peuvent être affectés d'une façon concomitante ; de là, dit-il, l'analogie que présente la dyspnée de l'esquinancie avec celle de la péripneumonie.

L'auteur admet une angine vraie et une angine fausse comme Sennert, variétés qu'il décrit comme ce dernier.

Dans l'*angine vraie*, les symptômes et les signes physiques (douleur, chaleur, rougeur, tuméfaction) n'auraient rien de particulier et seraient ceux de l'inflammation en général. Les phénomènes spéciaux (dysphagie et dyspnée) résultent simplement du trouble fonctionnel de la gorge. Selon lui, la difficulté respiratoire de la cynanche peut atteindre des proportions extraordinaires. La fièvre est plus ou moins intense suivant les cas ; quant au pouls, il en décrit les modifications d'après Galien. Comme gravité, il faut d'abord placer la laryngite, puis l'amygdalite, et enfin la pharyngite, l'angine la plus légère.

Parmi les modes de *terminaison*, il signale la guérison subite du mal à l'apparition d'un flux (doctrine des crises d'Hippocrate), par exemple des règles, ainsi que Forestus en a publié un exemple. Les symptômes peuvent aussi disparaître brusquement, s'il survient une maladie analogue dans un autre point de l'économie, par exemple dans la plèvre. A ce propos, Ethmuller rapporte l'aphorisme bien connu d'Hippocrate. Enfin, dit-il, on a vu, malgré la guérison de l'angine, la fièvre persister et prendre un type continu ou intermittent. On connaît en effet le début par angine de certaines fièvres palustres ou typhoïdes.

Le *traitement* comprend un assez grand nombre de drogues chimiques, telles qu'antimoine, phosphate de chaux, esprit doux, nitre (c'est l'esprit de nitre volatil qui constitue le principe actif des excréments d'animaux

recommandé par Paracelse qui, en cela, imitait les anciens). Le phosphate de chaux était employé sous la forme de raclure de corne de cerf ou de dent de sanglier (à propos de son efficacité, Ethmuller rappelle une observation de Valeriola). Il recommande contre les affections catarrhales de la gorge; ainsi que contre tous les catarrhes, la myrrhe et le succin, alors réputés comme souverains.

Il est partisan de la saignée quand le mal est dû à une cause interne. Il la pratiquait d'abord au pied (pour amener une déplétion de tout le système), puis aux bras (déplétion des parties supérieures du corps). La phlébotomie des jugulaires, approuvée par Bartholin, Rivière et Zacutus Lusitanus, lui semblait dangereuse et réservée à un praticien adroit et expert. Celle des ranines ne devait intervenir qu'au moment précis où le mal est à la période d'état ; le sang qui s'écoule des ranines renseignait, disait-on, sur l'évolution de l'angine (Voy. *Journal des savants d'Allemagne*, III p. 376).

Les astringents violents en application externe, employés sans mesure ou en temps inopportun, pourraient, selon lui, en empêchant les humeurs de se répandre dans les parties voisines, amener une sorte d'étranglement des organes internes, ainsi que l'a soutenu Sylvius de le Boe. Au début, pour resserrer le pharynx et enrayer l'arrivée des humeurs âcres qui le corrodent, les iatrochimistes, dont Ethmuller faisait, jusqu'à un certain point, partie, recommandaient beaucoup les gargarismes astringents, comme les anciens humoristes grecs. Mais, contrairement à ceux-ci, ils rejetaient ceux de nature âcre, de peur d'enflammer outre mesure les parties malades. Ethmuller croit même avec quelques médecins que, si l'inflammation est très vio-

lente, il vaut mieux s'abstenir des gargarismes et se contenter de placer dans la bouche quelques masticatoires, pour favoriser la sécrétion de la salive. Si l'esquinancie est liée à une fièvre ou à une épidémie maligne, on s'abstiendra de la saignée, des purgatifs et on se bornera aux sudorifiques et aux alexipharmaciques.

Étudiant quelques autres moyens dirigés contre l'angine, il soutient, ce qui est vrai dans un certain nombre de cas, que les vomitifs bien employés (antimoine) peuvent juguler au début le mal. L'antimoine est encore utile contre les angines avec membranes et pour faire crever les abcès de la gorge, quand on ne possède pas l'habilité nécessaire pour les inciser. Comme on le voit, les vomitifs jouaient le rôle des morceaux de bois, éponges et autres instruments barbares dont se servaient les médecins du moyen âge et même de la Renaissance pour rompre la collection purulente, en les passant de force dans la cavité du pharynx. Donnons en terminant ce détail, qu'il employait surtout comme gargarisme le jus de joubarbe et le suc de prunelle.

La prunelle, si estimée par Paracelse et nombre de ses contemporains, était souvent associée au suc d'oseille, de rose, de grenade, dans les diverses préparations recommandées par Ethmuller, qui, du reste, ne fait le plus souvent qu'emprunter les formules de ses prédécesseurs.

D. — IATROMÉCANICIENS.

Introduction.

Contrairement à Paracelse et à Sylvius de le Boe, qui basaient leur système médical sur la chimie, c'est sur-

tout par les hypothèses mécaniques que *Borelli* explique la contraction des muscles (1), la circulation, le développement des maladies, enfin tous les actes normaux ou anormaux dont l'organisme est le siège. Cependant, il s'y mêle quelques conceptions vitalistes (esprits vitaux ayant assez d'intelligence pour suivre les nerfs, qui constituent la voie la plus courte pour aller aux différents organes, et y provoquer en quelque sorte leur activité fonctionnelle) et chimiques (combinaison des esprits avec le sang déterminant une effervescence ou explosion, semblable à celle que produit le contact de l'eau sur la chaux vive). C'est à la chimie notamment que cet auteur emprunte ces notions d'âcreté, de pourriture dont serait frappé, suivant lui, le sang arrêté dans les vaisseaux. Du reste, cette stase est le point de départ de la grande majorité des processus morbides. En se ralentissant, le sang s'épaissit, s'altère. Comme il est chargé de la rénovation incessante des organes, si l'un de ceux-ci n'est plus normalement irrigué, il subit forcément par cela même des altérations morbides variées. En un mot, non seulement il tend à

(1) La contraction musculaire est due, selon lui, au changement de forme des cellules musculaires, dont l'ovoïde se gonfle de plus en plus dans le sens transversal, rapprochant ainsi les deux extrémités l'une de l'autre. Ce gonflement est le résultat d'une sorte d'explosion produite par la rencontre des esprits nerveux descendus du cerveau et arrivés dans le muscle avec le sang du vaisseau qui vient imbiber la cellule musculaire. La circulation provient de la contraction du cœur. La digestion n'est plus qu'une trituration mécanique, qui permet aux molécules nutritives de recevoir la forme nécessaire pour pénétrer dans les vacuoles, que laisse sans cesse dans l'organisme l'évaporation des molécules vieillies dans l'intérieur de nos tissus. L'architecture de cette molécule nouvelle et sa nature sont commandées par le vide qu'elle doit ainsi remplir. La sécrétion s'explique par l'adaptation des molécules du liquide sécrété au calibre des trous de l'espèce de crible qui constitue l'organe sécréteur. La respiration est destinée à rendre aux globules sanguins leur aspect normal et à tempérer la fougue des esprits vitaux.

dégénérer, mais encore il s'enflamme. Un certain nombre de maladies (névroses) dépendent d'une obstruction des voies que suivent les esprit vitaux. Ceux-ci, ne pouvant plus s'échapper par les fibrilles nerveuses, stagnent et prennent une âcreté nuisible. D'un autre côté, lorsque des principes âcres s'accumulent vers les parois du cœur, ils déterminent de la fièvre ; celle-ci ne cesse qu'au moment où les âcretés ont été chassées par l'accélération du torrent circulatoire.

Borelli s'est livré surtout à des recherches de physiologie et de pathologie générales. Il a complètement laissé de côté les maladies locales et en particulier les affections du pharynx ; mais on sent combien la pathogénie de celles-ci se trouvait modifiée par les hypothèses de l'auteur italien. C'est par le ralentissement, puis par la stase du sang au niveau de la gorge que s'expliqueront maintenant la plupart des troubles morbides dont elle peut être atteinte, les autres (perturbations nerveuses telles que spasme, paralysie) résultant d'un empêchement à la circulation des esprits vitaux.

Baglivi, qui a composé une pratique médicale si remarquable, où il décrit un assez grand nombre d'affections diverses, pour montrer comment s'y adaptait l'iatromécanisme, ne s'est point occupé non plus des inflammations pharyngées (1).

Hoffmann au contraire et Boerhaave en ont parlé assez longuement. Malgré la part énorme que le premier de ces auteurs attribue au système nerveux dans la production des maladies, il reste un iatromécanicien beaucoup plus pur que Boerhaave et davantage éclectique.

(1) Il a signalé, dans sa description des fièvres exanthématiques, les déterminations secondaires qui atteignent le pharynx.

1. — HOFFMANN.

Hoffmann définit l'angine une inflammation du gosier avec dyspnée, dysphagie, douleur, tuméfaction et rougeur, engendrée par une altération du sang ou de la lymphe, déterminée par la stase de ces liquides dans les vaisseaux. Par ce dernier membre de phrase, l'auteur se range parmi les partisans de l'hypothèse iatromécanique. D'autre part, il regarde, avec tous ses prédécesseurs, l'élément dyspnée comme indispensable ; ce qui lui permet d'éliminer certaines phlegmasies du gosier, où les troubles respiratoires sont inconstants et en quelque sorte accidentels. L'amygdalite pour lui n'est pas une angine. Il restreint donc beaucoup plus l'emploi de ce terme qu'Ethmuller par exemple, Boerhaave, Sauvage, Cullen, etc, rentrant ainsi davantage dans la tradition gréco-romaine et arabe.

L'étiologie est fouillée avec beaucoup de soin. Mais, bien qu'Hoffmann recommande ailleurs de ne pas confondre avec l'angine certaines perturbations, par exemple les troubles hystériques, il n'a pas toujours su se mettre à l'abri de cette cause d'erreur. Il insiste tout particulièrement sur les angines en quelque sorte *répercussives*, survenant à la suite de la suppression des règles, des flux hémorroïdaires, ou des saignées, ou encore des purgatifs, auxquels certaines personnes recouraient à époque fixe. Les troubles pharyngés d'origine menstruelle étaient connus depuis longtemps. Hoffmann n'a pas su démêler leur nature habituellement congestive, et inflammatoire seulement par exception. Il incrimine aussi, après Fabrice de Hilden et quelques autres, certaines

perturbations intestinales (dysenterie) qui, en réalité, agissent bien plutôt sur la vascularisation et sur l'innervation de l'organe. Sans doute l'angine véritable peut parfois en résulter; mais, dans ce cas, il y a vraisemblablement infection secondaire du gosier, et alors, fait curieux que signalait déjà Ethmuller (1), l'apparition de ces angines semble atténuer ou même peut supprimer les phénomènes primitifs. La *disparition des lochies* paraît à Hoffmann une autre cause d'angine; là n'y a-t-il pas un commencement d'infection septique? Du reste, Hoffmann cite, seulement en passant, cette angine puerpérale où il devait voir certainement un simple dhénomène de métastase desdites lochies sur la gorge. L'angine qui suit l'*ivresse* est bien plutôt due à une stase qu'à une phlogose et ne tarde pas, ce qu'oublie Hoffmann, à se dissiper. Fait exact et peu connu, les *douches* ou même les *bains très chauds* peuvent, selon lui, entraîner l'apparition d'un mal de gorge; en effet la réaction peut être incomplète ou dépasser les limites, d'où moindre résistance de l'organisme affaibli à l'invasion des microbes pathogènes qui peuplent normalement le pharynx. Un de nos malades était pris à chaque douche ou même après un bain trop chaud d'amygdalite et dut renoncer à l'hydrothérapie. Il y a, du reste, probablement là de l'idiosyncrasie; car ces accidents pharyngés inflammatoires sont peu fréquents; on observe plus souvent un peu de dysphagie transitoire. Hoffmann signale l'angine, d'ailleurs exceptionnelle, liée aux *excès de fonctionnement du larynx*. A côté de troubles pharyngés exacts, ceci semble indiquer dans son

(1) Rappelons que les abcès artificiels, déterminés de parti pris au cours des pneumonies graves, constituent à l'heure actuelle une méthode qui jouit d'une certaine vogue. *(Fochier, de Lyon.)*

esprit une certaine confusion entre la laryngite et la pharyngite. Il invoque encore comme causes les *ingesta* : mets âcres ou trop chauds, remèdes violents (ellébore, par exemple) les *corps étrangers* (étiologie bien connue des anciens. — Cælius Aurelianus, Arétée (Voy. textes, vol. I). — Tulpius, que cite seul l'auteur, n'a fait qu'ajouter un fait nouveau aux observations des Gréco-Romains. Ethmuller et Hoffmann connaissent, ainsi que leurs prédécesseurs immédiats, les troubles pharyngés liés à l'*empoisonnement* par les champignons vénéneux et par la belladone. Les médecins du moyen âge semblent les avoir, les premiers, bien étudiés, bien que la dysphagie ait été signalée déjà par les médecins arabes. Rien de nouveau sur l'influence du *refroidissement*, surtout pendant la transpiration. La *rage* citée par l'écrivain retentit, comme la belladone, sur le fonctionnement de l'organe, mais ne l'enflamme pas. Plus exacte est la constatation que le mal peut régner *épidémiquement* ; nombre d'écrivains l'avaient faite déjà et avaient même noté les conditions climatériques habituelles. Les accidents pharyngés *secondaires* des fièvres, entrevus déjà par Hippocrate, bien étudiés par Avicenne (Voy. Tome I, p. 109), avaient fait l'objet de recherches nombreuses dès le xvie siècle ; mais Hoffmann a eu le mérite (1) de noter un des premiers les accidents inflammatoires qui peuvent survenir au cours du typhus (exanthématique ?), qu'il appelle fièvre hongroise.

Hoffmann *localise* l'angine principalement dans la partie de la gorge qui fait suite à l'isthme, c'est-à-dire dans le pharynx proprement dit, là, dit-il, où les narines et le larynx viennent déboucher dans l'organe. Cette ten-

(1) Surtout dans son traité des fièvres

dance à reculer le plus possible en arrière le siège du mal pour faire comprendre l'absence dans certains cas de lésions apparentes et la coïncidence habituelle de la laryngite avec la pharyngite, date surtout du moyen âge et ne fit que s'accentuer à la période que nous étudions.

Hoffmann, suivant l'exemple de quelques-uns de ses prédécesseurs, comprend d'une façon toute spéciale l'angine sans lésion matérielle apparente, si grave par ses symptômes ; elle occuperait les couches profondes des parois du pharynx (ce qui fait que les lésions ne peuvent être aperçues), tandis que l'angine visible se cantonne dans les couches superficielles voisines de la cavité de l'organe. Cette explication avait déjà été donnée, même par des anciens ; mais on se rappelle (Voy. Arétée) que beaucoup d'auteurs, à cette époque déjà, expliquaient l'absence apparente de tuméfaction et de rougeur par le siège très inférieur des altérations morbides. Galien lui-même avait fait de la fameuse cynanche une laryngite. Hoffmann parle du reste de celle-ci dont il fait une troisième variété d'angine, caractérisée surtout par des troubles phonateurs et respiratoires. La symptomatologie de l'angine occulte (à lésions invisibles) est empruntée tout entière à Arétée. A propos de l'esquinancie à altérations visibles, il distingue l'angine vraie et l'angine bâtarde, celle-ci liée à une stase de la lymphe. Cette distinction remonte à Sennert. C'est à son rival Boerhaave qu'est due l'admission, dans le cadre nosologique de cette époque, de l'angine sèche ; cette dénomination groupait un grand nombre de faits disparates [rhumatisme pharyngé, pharyngite sèche aigue (?), certaines angines interstitielles (?) des troubles purement dysphagiques].

L'angine pseudo-membraneuse est rapidement décrite sous le nom de *prunella alba* : des matières muqueuses se concréteraient en couche continue sur les parois de l'organe. Hoffmann fait ressortir en quelques mots le *caractère épidémique*, le *danger* et la *tendance à l'extension* de cette affection qui descend, dit-il, jusqu'au niveau du cœur; aussi les Allemands l'appellent-ils *Herzbraune* (pourriture du cœur).

Hoffmann ne veut pas qu'on confonde avec l'angine proprement dite les aphtes, les déterminations pharyngées de la variole, de la rougeole, de la syphilis, les spasmes et autres troubles de même nature qu'on voit survenir chez les gens nerveux.

Il passe à peu près sous silence les complications, la marche et le pronostic, donnant ainsi un nouvel exemple de ces parties faibles qui avoisinent si souvent les choses excellentes que contiennent ses écrits.

2. — BOERHAAVE.

Telle est la grande réputation dont a joui ce célèbre médecin parmi ses contemporains, ses successeurs immédiats, renommée qui se justifie d'ailleurs par son immense savoir, ses hautes qualités intellectuelles, sa grande valeur de clinicien ; telle a été aussi la vogue de son système médical, que l'on doit tenir le plus grand compte, au point de vue historique, des écrits de Boerhaave. Nous avons donc étudié avec très grand soin ce qu'il nous a laissé sur les affections de la gorge et nous avons constaté qu'il a créé quelques entités morbides nouvelles et donné aux affections déjà connues son cachet propre. Mais, pour comprendre la pathogénie qu'il invoque et le

traitement qu'il conseille, il est bon de rappeler en quelques mots ses doctrines.

Boerhaave est un iatromécanicien qui fait des emprunts continuels au iatrochimisme et même aux anciennes conceptions humorales. Il modifie les matériaux empruntés; il les fond en quelque sorte ensemble, de façon à en former un tout véritable et non un assemblage disparate. Déjà créateur à ce point de vue, il enrichit encore le fonds traditionnel par des connaissances tirées de son observation clinique ou de ses études très approfondies en chimie et en physiologie.

Comme les iatromécaniciens, il admet que l'inflammation résulte, dans un organe donné, de la stase. Celle-ci accumule les globules rouges en un certain point et ceux-ci reçoivent incessamment des chocs du sang en circulation, d'où un échauffement progressif; d'autre part, les globules rouges dilatent les parties, d'où tuméfaction de la région; la masse des hématies rapprochées lui donne une couleur d'un rouge intense, d'où rougeur de ces parties, d'ailleurs très riches en vaisseaux, comme l'avait remarqué Ruysh (Voy. ses *Thésauri*). L'arrêt du sang reconnaîtrait des mécanismes fort divers; s'il est plus épais, plus visqueux, par suite de certains troubles chimiques (fermentations, acidité ou alcalinité exagérée, âcreté, etc.), si la circulation générale est languissante, le liquide s'arrêtera pour les causes les plus légères. D'autre part, le spasme des vaisseaux engendré par le froid ou d'autres pertubations nerveuses réalise la stase en rétrécissant leur calibre. Une compression mécanique quelconque a les mêmes effets. Pour donner une idée de la complication extrême de cette pathogénie, qui semble d'abord si simple, nous allons donner un curieux pas-

sage des œuvres de Boerhaave où il étudie l'action désastreuse que peut exercer parfois sur l'organisme l'air chaud. « L'air trop chaud dissipe les parties les plus humides des yeux, de la bouche, dessèche les petits vaisseaux de ces organes et des poumons, empêche leur action, emporte les humeurs externes qui sont les plus ténues, brûle en quelque sorte les internes qui restent, rapproche, condense, dessèche, dissipe les parties aqueuses, spiritueuses, salines, volatiles, augmente les parties salines fixes, les huiles grossières, donne lieu à l'imperméabilité des humeurs, à l'allongement et à l'affaiblissement des fibres et aux affections qui en résultent. »

Il y avait donc des maladies caractérisées surtout par les lésions des solides (relâchement ou excès de tension des fibres qu'on supposait constituer tous les organes) ou des liquides (fermentation, acidité, alcalinité exagérée, âcreté, augmentation anormale de certains sels). Mais Boerhaave était trop bon clinicien pour ne pas faire jouer un grand rôle au système nerveux. Les masses centrales (cerveau, cervelet, moelle) engendrent le fluide nerveux qui, transsudant à travers leur substance, parcourt incessamment les nerfs et de là se répand dans toute l'économie. Or, lorsque ce fluide est troublé, il en résultera des paralysies, des spasmes et même des inflammations si, par suite d'un retrécissement mécanique considérable en un certain point, la circulation s'y trouve supprimée. C'est à une perturbation morbide de cette nature que Boerhaave rattachait sa fameuse angine spasmodique, qui paraît être le croup. Enfin, il avait même adopté cette idée de beaucoup de iatrochimistes, que les fièvres sont produites par un *ferment spécial*.

Boerhaave *définit* l'angine une maladie caractérisée par

de la dyspnée, de la dysphagie, de la douleur, de la tuméfaction et de la rougeur à la gorge, résultant d'une inflammation. Le mot gorge est pris dans le sens général qu'on lui donnait à cette époque (isthme, pharynx, larynx et même trachée).

Il *distingue*, comme Sennert et Ethmuller, une angine avec *lésions insignifiantes*, et une angine avec lésions franches ; mais sa première variété ne rappelle ni l'esquinancie bâtarde de ces auteurs, ni la cynanche des anciens. On voit qu'il s'agit en réalité plutôt de dysphagie d'origine nerveuse que de phlogose. Le mal, dit-il, arrive à la période ultime d'un certain nombre de maladies chroniques ; le teint est pâle, terreux, l'affaiblissement considérable, et la peau sèche. Le plus souvent, elle survient peu avant la mort ; aussi ne relève-t-elle guère de la thérapeutique. D'autres fois, l'origine, toute autre, doit être cherchée dans le poumon. Dodonœus, qu'il ne cite pas, avait publié une observation de ce genre, qui paraît avoir été le point de départ de cette affirmation assez risquée de Boerhaave.

L'angine avec *lésions matérielles évidentes* comprend un grand nombre de variétés, qui tiennent à la différence de siège (base de la langue, palais, voile, tonsilles, pharynx proprement dit, larynx, trachée ou même os du crâne et de la face, quand de volumineux polypes nés dans leurs cavités intérieures obstruent secondairement la gorge et l'enflamment) ou à la dissemblauce clinique (œdémateuse, catarrhale, inflammatoire, purulente, squirrheuse, cancéreuse, convulsive).

Dans l'angine *œdémateuse*, la dyspnée et la dysphagie sont déterminées par une tuméfaction lymphatique ou aqueuse. La lymphe, au lieu de se mélanger

avec le sang, reste dans les cavités qui la sécrètent, quand les conduits vecteurs sont obstrués par des concrétions calcaires, des masses charnues, ou quand les vaisseaux lymphatiques eux-mêmes ont leur calibre effacé par une compression du voisinage, un spasme, etc. La tuméfaction est aqueuse, blanche, froide. En gênant le fonctionnement de la gorge, elle occasionne des troubles de la déglutition et de la respiration ; si le mal augmente, le malade peut suffoquer (œdème des replis aryténo-épiglottiques). Comme traitement, on tâchera de rétablir le cours de la lymphe par des gargarismes excitants, des onctions, des frictions sur le cou, etc.

L'angine *inflammatoire* semble résulter d'une *prédisposition naturelle* chez certains malades. Les causes relevées par Boerhaave sont assez complètes, mais ne diffèrent pas de l'étiologie courante, qu'on retrouve dans d'autres auteurs, par exemple dans Hoffmann (froid, exercice immodéré de la voix, mets âcres ou trop chauds, etc.). Les différences de siège établissent dans cette angine inflammatoire des sous-variétés fort importantes.

A. — L'*angine trachéale*, caractérisée par une douleur vive, une forte dyspnée, une voix rauque, d'un timbre spécial, par de la rougeur et de la tuméfaction des parties du cou, par de la dysphagie.

B. — La *laryngite*, dont les symptômes sont assez semblables à ceux énumérés plus haut, mais avec crises de suffocation redoutables, troubles marqués de la voix qui a un timbre aigu très élevé.

C. — L'*inflammation des muscles* qui font mouvoir l'os hyoïde. Cette espèce se distingue par une absence de dyspnée, de la gêne dans les mouvements de la déglu-

tition ; pas de tuméfaction, ni de rougeur intense, mais de la sensibilité superficielle.

D. — La *pharyngite* proprement dite (synanche pharyngienne) avec rougeur et tuméfaction au delà de l'isthme ; peu de dyspnée, mais beaucoup de dysphagie. Les aliments refluent par le nez ou tombent dans le larynx, et déterminent des quintes de toux pénibles.

E. — La *synanche tonsillaire*, forme la plus habituelle de l'angine inflammatoire, dont Boerhaave décrit bien l'aspect clinique. Il signale la *douleur auriculaire*, la surdité plus ou moins accusée qui survient quelquefois, les craquements que le malade entend, quand il déglutit.

F. — L'*inflammation diffuse* dont la symptomatologie est un mélange de celles des variétés précédentes. Boerhaave insiste, à propos de l'angine inflammatoire, sur la compression des jugulaires qui tuméfie, rougit la face fait saillir les yeux, amène de l'abattement, de l'hyperesthésie avec obnubilation du côté des yeux, des oreilles, etc.

G. — L'*angine purulente* n'est qu'un degré plus accusé de l'angine inflammatoire ordinaire ; les tonsilles y sont très sujettes, puis viennent le voile, la base de la langue, etc. Quand un abcès se forme, on en est averti par les signes habituels de la suppuration. On doit alors hâter la maturation par des gargarismes appropriés ; puis il faudra ouvrir au plus vite pour amener une détente marquée des symptômes. Comme on le voit, Boerhaave est un interventioniste. L'angine suppurative, selon lui, ne se voit guère à la trachée et au larynx, parce que le mal, déterminant d'emblée un gonflement qui étouffe le malade, n'a pas le temps d'évoluer. Aussi,

quand on craint une lésion de ce genre, il faut pratiquer sans retard la trachéotomie.

H. L'*angine gangreneuse* est le degré le plus élevé du processus inflammatoire; elle est souvent contagieuse ou survient dans divers états fébriles. Elle se reconnaît à la diminution rapide des douleurs, l'affaissement de la tuméfaction, la sécheresse des lèvres et leur teinte livide; on l'observe surtout au niveau de la tonsille ou de la luette.

Comme *terminaison* possible de l'angine inflammatoire, Boerhaave ajoute qu'il peut survenir des indurations difficiles à guérir, surtout si le squirrhe tourne au cancer (Voy. Avicenne et les auteurs du moyen âge, Tome I, p. 103).

L'*angine convulsive* de Boerhaave semble comprendre à la fois la laryngite striduleuse et le croup. Mais cet auteur signale aussi les spasmes qu'on rencontre chez les épileptiques, les hystériques, les hypocondriaques; selon lui, ils reviennent souvent, peuvent effrayer beaucoup, mais sont sans grand danger. Comme ils sont secondaires, leur traitement doit être celui de la maladie principale. A côté du spasme, il peut y avoir de la paralysie; d'où dysphagie et dyspnée. Si ces troubles surviennent chez des sujets ayant des douleurs de jambes (goutte), la terminaison peut être funeste (métastase laryngée ou pulmonaire?).

Boerhaave admettait encore des *angines secondaires* à la scarlatine, la rougeole, la variole, etc.

Quant à son *esquinancie parotidienne*, ce n'est pas autre chose que nos oreillons, ainsi que certains auteurs l'ont justement fait remarquer.

E. — AUTEURS DE LA FIN DU XVIII[e] SIÈCLE.

Cette division est certes fort artificielle; mais elle se justifie par la raison suivante. On ne peut pas dire que ces auteurs aient dans leur philosophie médicale une unité de doctrine. Ainsi Sauvage continue jusqu'à un certain point Boerhaave. Cullen développe le système de l'irritabilité. D'autres se bornent à de simples compilations, ou bien s'en tiennent presque exclusivement à la clinique. Le dernier d'entre eux, Pinel, base surtout ses classifications sur l'anatomie pathologique. Ces auteurs ne pouvaient donc être analysés que dans l'ordre chronologique.

1. — SAUVAGE.

Dans son célèbre ouvrage (*Nosologie méthodique*), remarquable par l'érudition et l'observation clinique, Sauvage consacre aux affections du pharynx (3[e] classe des maladies) un chapitre important. Malheureusement, il a abusé un peu des subdivisions. Sans doute, il lui fallait admettre des types nouveaux (angines diphtérique, variolique, rubéolique, scarlatineuse, herpétique, etc.); mais d'autres variétés sont beaucoup moins acceptables. Quelques-unes résultent de l'attribution à certaines formes, un peu anormales d'angine scarlatineuse ou diphtérique, d'une indépendance nosologique inexacte. D'autres encore, comme l'angine hépatique, ont pour point de départ une anatomie pathologique inexacte. Avec cette multiplicité des espèces d'angine, il lui était difficile de dresser un tableau d'ensemble bien fouillé et bien détaillé, comme plusieurs

de ses prédécesseurs, par exemple les Gréco-Romains. Ceux-ci, après avoir noté les éléments communs, s'étaient bornés à noter, chemin faisant, les particularités. De la sorte, sa description est hachée ; on ne voit plus l'inflammation pharyngée dans son évolution générale. D'autre part, au point de vue thérapeutique, chaque variété morbide ayant son traitement propre, les grandes méthodes curatives ne ressortent pas suffisamment. Enfin, étant données les proportions de l'ouvrage, un espace limité est accordé à chaque espèce, brièveté qui nuit à la clarté et même à la compréhension, si le lecteur n'est pas au courant des travaux antérieurs, dans lesquels Sauvage a puisé. Néanmoins, malgré tout, l'étude de son ouvrage s'impose; car non seulement il a su se faire l'écho des idées prédominantes à son époque, mais il y a mis sa marque personnelle. Ainsi, l'un des premiers, il est entré dans la voie féconde de la pathologie comparée. Si ses efforts n'ont pas été ici toujours heureux, il a été du moins un novateur.

Sauvage conserve le vieux mot d'esquinancie dont il donne du reste la *synonymie* déjà très riche.

Il la *définit*, une maladie caractérisée par une dyspnée et une dysphagie d'origine inflammatoire, perpétuant ainsi une confusion qui remonte à la période gréco-romaine; de là une esquinancie trachéale ou cynanche, une esquinancie pharyngée et une esquinancie amygdalienne. Il parle même d'une esquinancie thymique (?) et d'une esquinancie hépatique (?).

Rappelons que, du temps de cet écrivain, on séparait de la synanche les amygdalites et les inflammations de la luette, pour en faire des affections à part, exagérant ainsi une tendance dont on trouve quelque trace dans la vieille

médecine (1). Sauvage refuse avec raison de souscrire à cette distinction et il fait de l'amygdalite l'esquinancie ou synanche tonsillaire, c'est-à-dire l'inflammation de la gorge vulgaire, celle que l'on constate dans la grande majorité des cas. Il décrit assez bien les symptômes propres à cette affection et insiste sur les *complications auriculaires*. Non seulement, selon lui, le malade peut ressentir des douleurs de ce côté ; mais parfois il devient sourd, ou bien il entend des craquements dans les oreilles, quand il déglutit. Sans doute, les anciens avaient reconnu l'efficacité des injections d'huile tiède dans les oreilles pour calmer les douleurs rétro-maxillaires, et quelques auteurs du XVII[e] siècle (2) signalent déjà des maladies d'oreilles succédant à des maux de gorge ; mais Sauvage a eu le mérite d'être très explicite et d'attirer ainsi l'attention des médecins sur cette importante complication.

Il distingue dans l'*esquinancie commune* (amygdalite), une forme *catarrhale bénigne*, une forme *sanguine*, c'est-à-dire caractérisée par l'apport exagéré de sang et franchement inflammatoire, une *esquinancie synochiale*, accompagnée de phénomènes généraux assez graves, tels qu'abattement, inappétence, nausées, céphalalgie, fièvre ardente. L'estomac semble alors chargé de pituite et le vomissement, en chassant cette humeur, amène un soulagement notable.

Sauvage est très partisan, dans les amygdalites, des gargarismes astringents légers, des topiques gutturaux (surtout l'eau-de-vie), des enveloppements avec des linges trempés dans de l'huile chaude, dans laquelle le médecin

(1) Voy. Aétius.
(2) Boerhaave.

Pringle ajoute, dit-il, avec succès de l'esprit de corne de bœuf (ammoniaque et phosphate).

Son *esquinancie épidémique* ou *febris anginosa* de Huxham, accompagnée de fièvre, d'abattement, de malaise, de bronchite, d'enrouement, de douleurs dans les hanches, de courbature, de saignement de nez, pourrait bien n'être que de la grippe, avec symptômes prédominants du côté du pharynx, ainsi que cela se voit dans certaines épidémies où les angines sont très fréquentes.

L'*esquinancie épidémique maligne*, hémitritée maligne, etc., paraît n'être que de la diphtérie buccopharyngée; car l'auteur lui-même l'assimile au *garrotillo* des Espagnols. Sauvage signale une épizootie ayant déterminé des phénomènes semblables sur le gros bétail dans les environs de Nîmes, et tend à rapprocher les deux maladies.

Son *esquinancie ulcéreuse*, appelée par Boucher *esquinancie gangreneuse*, doit se rapporter, à cause des escarres grises, à une affection pseudo-membraneuse indéterminée [herpès, diphtérie (?), angine septique à type irrégulier].

L'*angine gangreneuse contagieuse* est bien de l'angine scarlatineuse; car l'auteur note des éruptions *pourprées* sur la peau et de larges desquamations épidermiques. Mais le type de l'épidémie observée par Sauvage semble avoir été anormal et malin; d'où l'embarras des médecins qui l'étudièrent, embarras d'autant plus prononcé que la scarlatine était alors moins connue que la variole et la rougeole. Sauvage s'étend beaucoup sur cette variété qu'il avait eu l'occasion de traiter.

L'*esquinancie exanthématique* n'est qu'une détermina-

tion pharyngée de la variole ou de la rougeole, ainsi qu'il le reconnaît lui-même Il en emprunte la description à Sydenham et à Morton.

L'*esquinanciet trachéale* correspond à la fameuse cynanche des Grecs. Sauvage fait remarquer qu'elle est très dangereuse, surtout quand le mal avoisine l'épiglotte; mais il ne signale pas le gonflement des ligaments de la région, comme l'avait fait au moyen âge Gordon.

L'*esquinancie pharyngée* représente l'*angine* telle que nous la comprenons aujourd'hui, c'est-à-dire ayant dépassé l'isthme et étendue à toute la gorge. Le rejet des aliments par le nez, la pénétration des particules alimentaires dans le larynx et les quintes de toux qui s'ensuivent, caractériseraient cette variété morbide.

Le tableau de l'*esquinancie thymique* est emprunté à Bonnet (*Sepulcretum*, obs. II, p. 478). Elle dépend, dit-il, d'une inflammation du thymus, qui, comprimant la trachée et l'œsophage, amène ainsi à la fois de la dysphagie et de la dyspnée.

L'*esquinancie hépatique* est décrite d'après l'histoire d'un malade qui succomba rapidement à des symptômes d'esquinancie; son foie seul était atteint et portait les traces d'une désorganisation profonde (putréfaction). On voit, dit Sauvage, des faits semblables se produire chez les chevaux ; leur cou gonfle en même temps et ils ne tardent pas à succomber. Il croit que la dyspnée et la dysphagie sont dues dans ce cas aux vapeurs âcres qui tirent leur origine du viscère malade (dysphagie réflexe ?)

Il rejette l'*angine fausse* d'Ethmuller et de Sennert, avec dysphagie simple sans inflammation, et la raye ainsi du cadre de l'esquinancie.

Sauvage a noté *la répercussion de certaines maladies de la peau sur le pharynx*, quand elles se suppriment. Le fait est vrai; on admet actuellement cette répercussion et un remplacement des manifestations de l'arthritisme les unes par les autres. Cet auteur avait aussi signalé l'*angine goutteuse* qu'il connaît assez bien; il affirme que, dans certains cas, l'angine peut remplacer un accès de goutte; souvent aussi elle précède celui-ci ou lui succède.

Enfin, Sauvage admet une *esquinancie liée à la dysenterie* mal guérie et dont le flux se supprime trop rapidement. Fabrice de Hilden, puis Ethmuller, avaient déjà signalé cette espèce morbide qui semble tenir à des infections secondaires, tirant leur origine d'un foyer primitif à siège variable (ovaire, etc.).

2. — CULLEN.

Cullen, dans le court chapitre qu'il a consacré aux angines, range celles-ci parmi les pyrexies inflammatoires locales. Il se contente de reproduire les différentes variétés établies par Boerhaave et Sauvage ; et encore ne fait-il le plus souvent qu'une simple énumération sous forme de tableaux, ceux-ci étant destinés à faciliter la mémoire de l'élève (son traité est écrit spécialement pour les étudiants).

Notons cependant qu'il admet encore les angines thymique, hépatique, etc. Il distingue une scarlatine sans angine et une angine scarlatineuse.

3. — ENCYCLOPÉDIE MÉTHODIQUE (VICQ-D'AZYR).

Dans l'*Encyclopédie médicale méthodique* (1788), composée par une réunion de docteurs de la Faculté et de médecins distingués de l'époque, l'article qui a trait au pharynx est dû à Vicq-d'Azyr. Cet auteur n'a point le mérite de ses prédécesseurs (Sennert, Ethmuller, Sauvage). Le plus souvent, il ne fait que de la compilation. Sauvage et Cullen sont ses modèles préférés, sans doute en raison de leur réputation, mais surtout à cause de la nouveauté de leurs œuvres. Toutefois Vicq-d'Azyr sait puiser aussi ailleurs, notamment chez Huxham (déterminations pharyngées de la scarlatine). Finalement s'il manque d'originalité, il a du moins le mérite de nous exposer l'état de la pathologie pharyngée à la fin du XVIIIe siècle.

L'*hypertrophie des amygdales* est qualifiée encore de squirrhe, comme chez les vieux auteurs. Vicq-d'Azyr note que, si les deux glandes sont atteintes en même temps, l'isthme peut, en quelque sorte, être obstrué ; d'où dysphagie et parfois dyspnée (quand la respiration est exclusivement buccale, ce que ne dit pas l'écrivain). Comme traitement chirurgical, il conseille l'ablation par les caustiques (préconisée par Paul d'Égine et surtout Albucasis), le bistouri (procédé de Celse) et la ligature (procédé du XVIIe siècle). En fait de caustiques, l'auteur recommande l'huile de tartre, ou, à son défaut, une solution saturée de mercure dans l'acide nitreux. On touchera quotidiennement deux fois les amygdales, pendant plusieurs jours de suite, en prenant toutes les précautions

d'usage (Voy. Albucasis, Tome I, textes). L'extirpation par le bistouri n'était guère pratiquée à cause des dangers d'hémorragie ; on préférait, quand le pédicule était trop gros pour être saisi par le serre-nœud, employer le procédé de Cheselden, qui perçait la base de la glande, y passait deux fils et liait ainsi séparément les deux moitiés du pédicule. L'opération était relativement facile, quand la tonsille était bien pédiculée, avec les divers serre-nœuds, instruments déjà anciens, puisque Ambroise Paré les fait figurer dans son arsenal chirurgical.

Selon Vicq-d'Azyr, l'*amygdalite* serait une maladie des plus violentes, quand il s'y joint de l'esquinancie (pharyngite). L'intensité des troubles semble alors faire courir les plus grands dangers ; du reste la gangrène serait fréquente, si on n'intervient pas par la saignée. Celle-ci continuait à être regardée comme indispensable par la grande majorité des praticiens. Sans rejeter les scarifications sur le cou, l'auteur préfère les incisions directes sur les amygdales qui étaient fort usitées alors, comme il le dit, en Angleterre. Les émollients, les cataplasmes adoucissants sont recommandés parce qu'ils relâchent les parties. La terminaison par suppuration, dont les médecins des siècles précédents avaient exagéré la fréquence, est regardée ici au contraire comme rare. « Il arrive quelquefois, dit Vicq-d'Azyr, que l'inflammation au lieu de se résoudre se termine par un abcès. » Dans ces cas, ajoute-t-il, le volume de la collection purulente peut-être tel qu'il en résulte une véritable gêne mécanique. Il conseille l'ouverture, à l'aide du pharyngotome ou d'une lancette longue et étroite dont on garnit le tranchant, sauf à la pointe, d'une bande de diachylon. Le manuel opératoire n'offre rien de spécial.

Pour faciliter la cicatrisation, Vicq-d'Azyr recommande les boissons tièdes adoucissantes (tisanes de plantes béchiques additionnées d'un peu de miel rosat ou d'orge mondé). Le malade s'abstiendra en outre quelque temps d'aliments âcres et salés, qui irriteraient la plaie et l'empêcheraient de se cicatriser.

L'*angine* ou *synanche* est, d'après Vicq-d'Azyr, une maladie inflammatoire, caractérisée par une gêne dans le gosier, de la dyspnée, de la dysphagie et une fièvre d'intensité variable. Il rappelle que Sauvage la plaçait dans la troisième classe de ses phlegmasies. En se basant sur le siège, on peut, dit-il, admettre :

1° L'*angine tonsillaire* de Cullen et Sauvage, qu'il propose d'appeler *angina faucium*, à cause de son caractère plus diffus que ne le ferait supposer la première dénomination ; car, dit-il, le voile et les piliers sont le plus souvent très affectés. Comme variété, l'auteur signale l'apparition sur l'amygdale de nombreux petits aphtes ou d'ulcères de faible volume. La synanche commune d'alors est confondue avec l'angine tonsillaire, parce qu'elle l'accompagne le plus souvent et que ses symptômes caractéristiques n'ont rien de particulier, sauf une dysphagie plus marquée, tout le pharynx étant atteint.

2° L'*angine du larynx* ou *de la trachée-artère*, dénommée, comme il le rappelle, cynanche par les anciens et esquinancie trachéale par Sauvage. Le siège est plus profond que dans la variété précédente ; la dyspnée est intense, surtout à l'inspiration ; la voix est rauque et comme étouffée.

3° Le *croup* ou *angine polypeuse* de certains auteurs, caractérisés par l'apparition de fausses membranes dans le larynx, la trachée et les poumons. Comme on le voit,

Vicq-d'Azyr se range à l'opinion de Home, qu'il ne cite pas, du reste, et qui distinguait le croup de l'angine pseudo-membraneuse.

4° L'*angine externe* (périsynanche des anciens), dans laquelle il comprend les oreillons (cynanche parotide de Cullen). La description assez brève qui suit est empruntée à l'auteur écossais.

5° L'*angine secondaire* à la variole, à la rougeole et surtout à la scarlatine (*scarlatina cynanchitica* de Cullen).

L'*angine proprement dite*, c'est-à-dire l'*angina faucium* ou synanche peut être divisée en variétés inflammatoire, œdémateuse, catarrhale, sèche, squirrheuse, maligne membraneuse (diphtérique). Ces divisions, empruntées à Sauvage et à Cullen, avaient été en grande partie prises par ces derniers auteurs dans Boerhaave, Ethmuller et même Sennert.

L'*angine œdémateuse* notamment n'est pas autre chose que l'angine pituiteuse de Sennert et l'angine bâtarde de Ethmuller. Elle gêne par le gonflement des parois; d'où résultent des troubles mécaniques ; mais elle ne présente aucun symptôme inflammatoire. Elle ne surviendrait que chez les sujets faibles et cachectiques et proviendrait d'un trouble du cours de la lymphe (obstruction des vaisseaux et des ganglions cervicaux, sous l'influence du froid de l'humidité, de l'encrassement amené par l'oisiveté). L'auteur remarque, ce qui est exact mais rare, que la compression engendrée par les organes voisins peut la déterminer.

L'*angine maligne* étudiée par Vicq-d'Azyr est tantôt de la diphtérie, tantôt de la scarlatine pharyngée maligne avec pseudo-membranes, comme en avait observé Fothergill.

Celui-ci s'était trompé du reste sur sa véritable nature, ainsi que nous le montrerons d'ailleurs, en rapportant cette affection au *garrotillo* des Espagnols et à l'angine gangreneuse d'Arétée. Ces confusions faisaient de l'angine maligne une espèce morbide fort mal définie, que n'avaient pas su élucider Chomel l'Ancien, Huxham et Tissot. La description clinique de Mercado, dont Fothergill reproduit un passage fort intéressant, était excellente. Vicq-d'Azyr signale l'épidémie de Londres, étudiée par cet auteur (c'était de la scarlatine maligne à forme anormale), l'épidémie de Plymouth décrite par Huxham, celle de Suisse, d'après Tissot, et celle de Metz, d'après Read. Se basant sur tous ces faits, Vicq-d'Azyr expose les caractères principaux de cette affection, c'est-à-dire sa grande contagiosité, sa prédominance chez les enfants, son début généralement intense (c'est faux, comme on le sait, pour la diphtérie vraie), avec céphalalgie, courbature, frisson, fièvre intense, les caractères du pouls ordinairement vif et agité, parfois faible et ondulant, le délire, les troubles intestinaux, fréquents chez les enfants, la gêne de la respiration qui est ronflante. Les malades crachent de la mousse, ou du pus, ou encore des substances livides d'une odeur insupportable. La péripneumonie est fréquente (?) Les exanthèmes suivent le mal, parfois le précèdent; ils peuvent être partiels ou généralisés. La teinte pourprée les fait ressembler à de l'érysipèle; parfois il y a des sortes de pustules; on dirait que le patient a été frotté avec du jus de framboise. Les malades sont pris souvent *d'œdème*; ce qui leur donne un aspect bouffi (néphrite scarlatineuse). Read a signalé, dans l'épidémie de Metz, d'assez fréquentes taches pétéchiales. Tissot avait, d'autre part, remarqué chez ses malades (épidémie

suisse) la tuméfaction considérable des ganglions du cou et des parotides. Rapportant deux observations de Chomel, Vicq-d'Azyr montre que les amygdales sont rouges, la trachée ulcérée et le poumon rempli de sanie. Il ne parle pas de fausses membranes. Comme on le voit, tous ces détails que nous avons soigneusement relatés sont en faveur de l'angine scarlatineuse maligne. Chose surprenante, l'auteur, qui connaît assez bien l'angine scarlatineuse ordinaire, à propos de laquelle il cite Huxham, ne mentionne pas sous ce titre les formes vraiment graves. Il aurait cependant dû être éclairé par l'analogie symptomatique, qu'il remarque lui-même; mais il est égaré par l'intensité des troubles respiratoires et vocaux (forme diphtérique) et par l'existence des soi-disant ulcères.

L'*angine squirrheuse* ne semble être qu'un rétrécissement fibreux de l'organe. Van Swieten en avait fourni plusieurs exemples, tous reconnus à l'autopsie. Parfois, cependant, Vicq d'Azyr admet qu'il existe souvent une tumeur dont il conseille l'extirpation, si elle est possible.

L'*angine sèche* ne paraît être que de la dysphagie survenant à la suite de dysenterie, de diarrhée, de saignées répétées, c'est-à-dire d'une déperdition séreuse abondante, ainsi que le remarque Boerhaave qui a créé ce type morbide.

4. — PINEL.

Paru en 1768, le traité de Pinel se trouve ainsi placé à l'extrême limite du XVIIIe siècle; par l'esprit qui l'anime, il appartient déjà au XIXe. C'est ainsi qu'il prend pour point de départ non plus une vague topographie, mais la structure même de l'organe. Profitant des travaux de Malpighi, de Van der Horne, de Ruysh, etc., sur

les muqueuses, des recherches de Bordeu sur l'inflammation des membranes, il sépare les affections de la gorge en phlegmasies de la membrane interne et phlegmasies profondes, interstitielles, glandulaires (amygdales glandes salivaires), qui tiennent, dit-il, de la nature du phlegmon. Cependant, il ne s'est point encore tout à fait débarrassé de la fameuse localisation musculaire de Galien ; car, dit-il, l'angine peut avoir « plus ou moins les caractères de l'inflammation musculaire, suivant qu'elle affectera les muscles releveurs de l'os hyoïde, ceux du larynx, ceux du pharynx, ceux de la luette ou du voile du palais ». Du reste, même à l'époque actuelle, certains auteurs invoquent encore, dans certains cas, un véritable rhumatisme pharyngien, que caractérisent une extrême douleur dans les mouvements divers de la déglutition et une absence du moins apparente des manifestations inflammatoires du côté de la muqueuse. C'est donc une notion à restreindre plutôt qu'à effacer.

Il sépare nettement l'angine diphtérique du noma, qui n'est qu'un mode de terminaison, dit-il, de l'inflammation buccopharyngée, et accorde une courte mention à l'angine pseudo-membraneuse, dont il s'était occupé spécialement en traduisant un mémoire anglais sur le sujet ; du reste, son historique reste fort imparfait ; il ne cite ni les Espagnols, ni les Italiens, ni les Allemands. La signification du mot angine continue d'ailleurs d'être très étendue, puisqu'elle s'applique encore à la laryngite, à la trachéite, etc. Chaque variété de la synanche commune de Boerhaave et Sauvage est caractérisée par une ou deux phrases assez typiques ,mais qui ne renferment rien de nouveau.

Les angines secondaires de la rougeole, de la variole,

de la scarlatine, de la diphtérie sont décrites dans les chapitres qui se rapportent à ces différentes maladies.

Quant au traitement, il ne parle pas de la saignée, mais recommande les enveloppements chauds, les vomitifs, les purgatifs, les pédiluves et sinapismes aux membres inférieurs, pour détourner l'afflux sanguin du gosier.

Comme on le voit, la description, extrêmement brève et de nature surtout théorique, ressemble beaucoup à ce qu'on voit chez Cullen et Boerhaave, auxquels il décerne du reste les plus grands éloges.

II. — CHIRURGIENS

Les chirurgiens des XVIe, XVIIe, XVIIIe siècles n'ont fait en somme que continuer et perfectionner les procédés employés déjà par les anciens contre les abcès tonsillaires et pharyngiens, les hypertrophies amygdaliennes, l'élongation de la luette. Il ne pouvait en être autrement pour les raisons que nous exposerons plus loin. Comme pour les médecins, nous n'entreprendrons l'analyse détaillée de leurs œuvres que pour les plus importants d'entre eux.

1. — JEAN DE VIGO.

Comme le traité de Guy de Chauliac, celui de Jean de Vigo, écrit cependant deux siècles plus tard par un chirurgien éminent, un praticien justement réputé, ne contient rien de bien intéressant sur la pathologie pharyngée, sauf pour la syphilis. Si l'érudition n'y fait

point défaut, il n'en est pas de même de l'originalité. Le manuel opératoire lui-même est négligé pour des recettes de cataplasmes, d'onguents ou de gargarismes qui nous importent fort peu aujourd'hui. Les différentes variétés topographiques (angine, laryngite, périsynanche, etc.) et humorales (synanche bilieuse, sanguine phlegmatique, atrabilaire), sont décrites d'après Galien et surtout d'après Avicenne. Jean de Vigo admet que l'angine se termine, soit par résolution insensible (Voy. Avicenne), soit par suppuration, soit par métastase (énumération empruntée au *Canon* d'Avicenne). Les indications principales du traitement semblent puisées dans Valescus de Tarenta. Les paragraphes qui se rapportent aux ulcères, aux amygdalites, aux inflammations de la luette sont très courts et méritent les mêmes reproches.

2. — AMBROISE PARÉ.

Dans son chapitre sur les maladies du pharynx, Ambroise Paré s'est le plus souvent contenté d'exposer les notions que l'on retrouve dans les écrits de ses prédécesseurs. Il admet seulement trois variétés d'angine : l'une sans lésions apparentes à la simple inspection de la cavité buccopharyngée entr'ouverte, mais dont les altérations morbides apparaissent une fois la langue fortement déprimée, l'autre caractérisée par de la rougeur et de la tuméfaction constatables à la simple inspection, et enfin la troisième qui siège sur les parties externes de l'organe et dont quelques auteurs du moyen âge, notamment Brunus, avaient décrit les symptômes (il s'agit du rhumatisme pharyngien ou des lésions inflammatoires du voisinage

ou des complications suppuratives externes de l'angine).

La cynanche, ou angine sans lésions visibles, est de beaucoup la plus maligne. Souvent elle tue les malades au bout de quelques heures; mais, dit-il, d'après Hippocrate, si le mal gagne les parties superficielles, la guérison peut survenir.

Le traitement est emprunté aux auteurs contemporains (Fernel par exemple), aux arabistes, à Avicenne, etc., et n'offre rien de spécial. Le manuel opératoire est indiqué en quelques lignes; mais la description des instruments employés par Ambroise Paré est assez intéressante. Il en est de même des figures qui accompagnent celle-ci. Il faut ajouter du reste qu'Albucasis semble avoir fourni la plupart des modèles de cet arsenal chirurgical et que Brunus signale déjà la lancette pointue et recourbée, dit-il, comme les serres d'un oiseau de proie. La disposition du spéculum buccal est assez ingénieuse et devait rendre les services de nos mors actuels.

Dans le court paragraphe consacré aux apostèmes, Ambroise Paré *insiste beaucoup sur la trachéotomie* (1); le procédé qu'il indique est celui d'Albucasis et de Paul d'Égine. Il en est de même de la méthode qu'il conseillait pour les ablations de la luette. Cependant, à propos de cette dernière opération, il décrit un instrument inventé, dit-il, par un de ses contemporains, Castellan, chirurgien de Paris. Sa forme était à peu près celle de nos serre-nœuds; aussi s'en servait-on également pour les polypes du nez.

Ajoutons qu'Ambroise Paré a signalé des destructions énormes de la voûte palatine d'origine syphilitique.

(1) Il la préférerait aux interventions aveugles préconisées pour les abcès profonds.

3. — GUILLEMEAU.

Le traité de chirurgie de Guillemeau semble la plupart du temps un emprunt aux œuvres d'Ambroise Paré. Cependant, il émet parfois des idées originales. Ainsi, après avoir assez longuement décrit l'inflammation tonsillaire, les abcès qu'elle détermine, le traitement chirurgical qui lui convient, passant à l'hypertrophie amygdalienne et aux troubles mécaniques qu'elle entraîne, il propose pour la *première fois* d'en faire l'ablation au moyen de la ligature. « Si telles glandules (amygdales) sont fort prolongées et dures, sans espérance de se pouvoir remettre en leur naturel, il faudra user et employer la chirurgie, soit par la *ligature* ou par la section. Si rien ne presse, la ligature sera fort propre, et principalement s'il y a danger de flux de sang ; ce qui sera commodément avec notre instrument, en la forme et manière que nous avons décrite la ligature de la luette, se donnant garde d'en couper moins ou bien trop, car se faut se contenter d'ôter ce qui excède sa naturelle grandeur et grosseur. » Il s'agissait en effet, comme on sait, de s'opposer à la rentrée trop brusque de l'air dans les poumons et au desséchement du bol alimentaire, qu'humectait la sécrétion amygdalienne. L'instrument de Guillemeau n'était que le serre-nœud d'Ambroise Paré un peu modifié. Le nouveau procédé de cet auteur passa à peu près inaperçu. Ce n'est qu'à partir des tentatives des chirurgiens anglais, notamment de Cheselden, que l'ablation par ligature entra réellement dans la pratique courante.

4. — FABRICE D'AQUAPENDENTE.

Le traité de chirurgie de Fabrice d'Aquapendente, si remarquable à d'autres points de vue par son érudition et son esprit clinique, a eu une influence plutôt déplorable, sinon sur l'ensemble des opérations pharyngées, du moins sur l'extirpation sanglante des amygdales hypertrophiées. C'est à lui qu'on doit ce long recul qui, pendant plus d'un siècle, relégua à l'arrière-plan l'ablation au bistouri, pour lui substituer les moyens médicaux, manifestement insuffisants, ou les caustiques.

Il fait ressortir avec raison les difficultés de l'extirpation avec le doigt. Mais, comme le lui reprochera plus tard Bordenave, il n'avait pas fort bien compris le procédé de Celse. Celui-ci ne parle point du tout d'arrachement brutal, mais d'énucléation progressive de la glande, qui, dit-il avec raison, est entourée par une capsule fibreuse. Si la tonsille est assez molle, comme il y en a, bien pédiculée, peu adhérente, avec beaucoup de patience, la séparation d'avec les plans profonds était en somme réalisable.

Quant à l'ablation par le bistouri, Fabrice d'Aquapendente n'en veut pas non plus, parce que, dit-il, elle est aussi dangereuse que difficile. Il est malaisé en effet, étant donnée la situation profonde de l'organe, de le sectionner exactement dans le sens de la hauteur et de la largeur. On s'expose d'autre part à des hémorragies mortelles. Notons, à propos du passage où il commente Paul d'Égine, qu'il se trompe sur la disposition de l'instrument employé par ce dernier; comprenant mal le texte original, il croit que le chirurgien grec employait une pince tran-

chante recourbée sur ses faces, coupant et écrasant à la façon « d'un lien » le pédicule de l'amygdale, instrument en somme semblable à la pince qu'il inventa lui-même si heureusement pour l'ablation des polypes du nez.

Sa technique de l'ouverture des abcès amygdaliens est assez développée (Manget a inscrit ce passage dans sa bibliothèque chirurgicale). Les signes de la suppuration, les précautions d'usage, (scalpel à lame entourée, sauf à la pointe, d'une bande de diachylon), les soins à donner après l'incision pour ne pas la laisser dégénérer en ulcère, sont mentionnés avec précision, mais sans remarques nouvelles.

Bien qu'il ait formellement interdit de toucher aux polypes nasopharyngiens, qu'il considère comme des sortes de cancers, il a facilité considérablement le traitement chirurgical de ceux-ci, en familiarisant davantage les praticiens avec l'ablation des tumeurs nasales, grâce à l'instrument très ingénieux et très utile qu'il avait fait construire, comme nous l'avons dit plus haut, pour enlever les polypes muqueux.

5. — FABRICE DE HILDEN.

Bien que l'attention de Fabrice de Hilden ne se soit pas beaucoup portée vers les affections du pharynx, on doit à ce grand chirurgien quelques observations intéressantes sur les maladies de cet organe. Elles se rapportent surtout aux ulcères et aux corps étrangers; mais il y a aussi quelques cas d'angine. N'oublions pas, d'ailleurs, que c'est à lui que l'on doit la connaissance des perturbations pharyngées qui accompagnent certaines lésions intestinales.

1° *Ulcères.* — On trouve (centurie I, obs. XXXVII) l'histoire d'une femme atteinte d'un ulcère remontant déjà à

plusieurs années et qui avait détruit la plus grande partie du voile et des amygdales. La déglutition était devenue difficile et la parole presque inintelligible. La santé générale demeurait bonne ; l'appétit était conservé et même la malade présentait une véritable boulimie. Elle ne voulut pas se soumettre au régime prescrit par Fabrice de Hilden, ni renoncer aux crudités et mets âcres dont elle abusait ; aussi, dit-il, la guérison ne put-elle être obtenue. C'est à ces erreurs de régime que notre auteur a l'air d'attribuer la persistance et le progrès du mal. Il est impossible, d'après les quelques lignes qu'il consacre au sujet, de savoir s'il s'agissait d'un lupus (la femme avait quarante ans), ou d'une vérole tertiaire. Bien entendu l'idée d'un cancer doit être éliminée.

2° *Corps étrangers.* — Le manuel opératoire pour l'extraction des corps étrangers de la gorge a été bien étudié et longuement décrit dans l'obs. XXXVI, centurie I. En raison des dangers que fait courir la présence de ceux-ci, Fabrice de Hilden conseille l'extraction immédiate. Pour la faciliter, il avait soin de graisser le pharynx et l'œsophage avec du beurre et de l'huile d'amandes douces ; puis, il provoquait le vomissement, en titillant la luette à l'aide d'une plume ; on réussit, dit-il, très souvent avec ce simple moyen. S'il échouait, il recommandait de déprimer la langue avec une spatule et d'enlever le corps étranger (esquille osseuse, arête) avec une pince courbe, si celui-ci était visible. Au cas où il se trouvait trop profondément placé pour être vu et atteint, il recourait au procédé de l'éponge, de la balle de plomb (déjà décrit par les chirurgiens du moyen âge, par Jean de Vigo, Ambroise Paré, etc.), retenues par un fil, qu'on faisait glisser au-dessous de l'obstacle, puis qu'on retirait avec force,

comme on le fait aujourd'hui avec le panier de de Graeff. Pour faciliter le passage de l'éponge, il avait inventé un instrument, sorte de tube fendu dans toute sa longueur et renfermant une éponge de la grosseur d'une amande. Elle était suspendue par un fil et on la poussait dans le tube au-dessous de l'obstacle, sans rencontrer ainsi la résistance qu'auraient offerte les parois du pharynx et de l'œsophage (celles-ci se contractent, comme on le sait, très énergiquement). Pour éviter d'entrer dans le larynx, Fabrice de Hilden conseille de suivre la colonne vertébrale. Il recommande de procéder avec douceur à l'extraction. Son procédé lui a parfaitement réussi dans un cas où une esquille osseuse était fixée à la hauteur de la septième vertèbre cervicale et occasionnait une obstruction absolue. Afin de montrer quels dangers peuvent faire courir ces corps étrangers, il rapporte (obs. XXXV, centurie I) une série d'accidents rapidement mortels. On avait déjà du reste, dans des écrits précédents (Bartholin), montré tous les périls que couraient les malades.

3° *Angine.* — Fabrice de Hilden a opéré quelque abcès pharyngiens et sauvé ainsi ses patients. Mais, les observations qu'il rapporte n'ont rien de bien intéressant, ni de bien nouveau. Il en est autrement des soi-disant esquinancies qu'il a mentionnées dans son traité de la dysenterie ; il insiste beaucoup sur l'état spécial de la langue, qui, dit-il, est sèche et gercée, et, dans les périodes ultimes, se recouvre, ainsi que l'isthme, de fuliginosités.

6. — MANGET.

Manget est l'auteur d'une énorme compilation, qui est à la chirurgie ce que l'œuvre de Schenkius est à la méde-

cine, et celle de Bonnet à l'anatomie pathologique. Il rapporte l'opinion d'un grand nombre d'auteurs à propos des points encore en litige; de la sorte, chacun des chapitres de ce volumineux ouvrage en deux énormes in-folio se compose surtout d'extraits. D'ailleurs, la disposition des matières est purement artificielle. Manget suit l'ordre alphabétique; l'inconvénient de cette méthode, pour le pharynx par exemple, est que l'angine se trouve au commencement, les tonsilles vers la fin, etc. Cependant, Manget n'a point fait, dans le sens étroit du mot, œuvre impersonnelle. Ses emprunts sont encadrés dans une sorte de préambule, où la mise au point de la question, telle qu'on la comprenait à cette époque, est très bien faite; l'on y trouve assez souvent des idées qui lui sont propres. Ce n'est pas du reste tout à fait le cas pour la pathologie pharyngée. La description des affections tonsillaires est empruntée à Fabrice d'Aquapendente et la technique opératoire à Van Horne. Quant à l'angine, l'auteur semble s'être souvenu surtout de Sennert; cependant, il se montre au point de vue étiologique beaucoup plus iatrochimiste que ce dernier. Manget ne parle guère de la bile, ni de la pituite, mais d'obstruction dans les vaisseaux du pharynx, de coagulation du sang rendu épais par le surmenage, une alimentation vicieuse, de tromboses dues à l'air froid pénétrant dans la gorge, d'altérations âcres et salines du sang, qui non seulement irrite, mais encore corrode le pharynx.

Manget insiste beaucoup, après Schenkius, sur les inflammations résultant de la présence de corps étrangers. Il parle aussi des épidémies d'angines et cite Troja qui avait assez bien décrit les symptômes de l'angine gangreneuse (diphtérie). La syphilis, selon

Troja, pourrait aussi produire des esquinancies véritables.

Les formes cliniques admises par Manget continuent à être l'angine sans signes apparents et l'angine avec signes apparents ; toutefois, il distingue une angine fausse qui n'est ni celle de Sennert, ni celle d'Ethmuller, mais bien l'inflammation localisée de certaines portions de la gorge, telles qu'amygdales, luette, base de la langue, etc. C'était du reste là une tendance commune à la plupart des auteurs du XVII[e] siècle. L'esquinancie sans lésions visibles n'est que la laryngite. Les symptômes sont assez bien décrits, ainsi que la marche, le pronostic et le diagnostic ; mais ce tableau n'a rien de personnel et n'est pas aussi complet que celui de Sennert et d'Ethmuller.

Le traitement est celui de l'époque. Les principales préparations officinales y sont indiquées souvent avec une prolixité fatiguante, surtout pour les gargarismes. Notons que les substances volatiles, telles qu'ammoniac, eau-de-vie, etc., sont très conseillées, dans le but de s'opposer à ces coagulations, à ces stases sanguines, auxquelles on faisait jouer alors un si grand rôle dans la pathogénie des accidents morbides.

7. — DIONIS.

C'est dans sa septième démonstration que Dionis, auteur élégant, à l'esprit lucide, bon clinicien sinon génie original, a exposé le manuel opératoire de l'*amygdalotomie*. Il commence par donner quelques brèves notions sur l'inflammation de ces glandes « conglobées », où se forment, dit-il, souvent des dépôts d'humeurs qui gênent le passage. On « n'épargne point la saignée dans ces maladies pour prévenir l'obstruction qui arriverait aux vais-

seaux sanguins, si ces glandes se tuméfiaient excessivement ». A cette époque, en effet, la stase du sang, d'après les doctrines iatromécaniques, était regardée comme le facteur essentiel de la phlogose ; il fallait donc à tout prix l'empêcher, en amenant la déplétion générale de la circulation. « Quand elles sont abreuvées de sang, dit l'auteur, elles ne manquent pas à venir à suppuration d'autant que la chaleur de la bouche les mûrit promptement. » Le pharyngotome à lame cachée d'Ambroise Paré n'était guère usité (il ne le fut qu'après le perfectionnement apporté par Petit). On se servait le plus souvent d'une lancette dont la partie inutilisée de la lame était recouverte d'une bande de diachylon. On doit pratiquer, dit Dionis, une ouverture de la grandeur de celle de deux saignées. S'il y a formation d'une croûte tenace, on fera tomber celle-ci avec des gargarismes détersifs au miel rosat et à l'huile de vitriol.

Dionis se prononce contre l'ablation sanglante des tonsilles hypertrophiées, qu'il trouve « bien cruelle », quoiqu'en aient dit les anciens. Du reste, il ne faudrait pas s'y décider à la légère ; car les amygdales lubréfient les aliments (Voy. notre historique de la physiologie), et servent à la respiration en empêchant l'arrivée brusque de l'air dans les poumons. Finalement, Dionis se montre partisan de la conservation de ces glandes et déclare leur destruction dangereuse.

A propos des *affections de la luette*, où il se contente de relater l'opinion de ses prédécesseurs, ce chirurgien nous rapporte qu'en Norvège, pays froid, la luette peut se gonfler à tel point qu'elle étoufferait les malades, si ceux-ci, prévenus de la fréquence du mal, ne possédaient pas un instrument à ressort, inventé par un simple paysan,

dont Scultet a donné la description dans son *Armentarius*; avec cet instrument (espèce d'amygdalotome), ils coupent, dit-il, la luette et sont aussitôt guéris.

Dionis donne, à propos de la *bronchotomie*, des renseignements intéressants sur la façon dont on comprenait généralement à cette époque les *angines*. L'idée d'angine bâtarde, d'angine fausse, d'angine œdémateuse, qu'on retrouve dans Sennert, dans Ethmuller et plus tard dans Boerhaave, avait été singulièrement modifiée. Elle comprenait les amygdalites et les pharyngites de type commun. « On établit en général deux espèces d'esquinancie, dit Dionis, la fausse et la vraie. La fausse est un dépôt de sérosité (lymphe de Sylvius de le Boe), ou de pituite (tradition hippocratique), qui abreuve les glandes de la gorge, sans fièvre, sans inflammation et sans grande difficulté d'avaler et de respirer. » La vraie cynanche siégeait dans le larynx « avec fièvre, chaleur et ardeur à la gorge, respiration difficile et violente douleur ». On continuait à admettre (depuis Galien) la péricynanche ou inflammation des muscles externes du larynx et la cynanche ou laryngite interne « frappant les muscles de l'intétérieur de l'organe et beaucoup plus dangereuse que l'autre; car, se portant en dedans, elle bouche le passage de l'air et du boire ou du manger ». C'est donc l'esquinancie interne qui réclame la trachéotomie. Au fond, c'était une opération *in extremis*, qu'on recommandait dans certains cas désespérés, mais qu'on ne pratiquait guère. Fabrice d'Aquapendente, qui la regardait comme une des opérations principales de la chirurgie, avoue ne l'avoir jamais exécutée. Cette retenue s'expliquait facilement avec les raisons alléguées par Dionis, qui rapporte impartialement le pour et le contre.

« Ceux qui désapprouvent cette opération disent qu'elle est absolument inutile en beaucoup d'occasions, où il y a difficulté de respirer, comme lorsque cette difficulté de respirer résulte d'une apoplexie, d'une pleurésie, d'une péripneumonie, ou d'une tumeur dans le conduit de la trachée-artère, et qu'il n'y a que dans l'esquinancie qu'elle peut avoir quelque avantage; mais que, dans ces cas, on l'ordonne si tard et quand le malade est si prêt d'étouffer, qu'en la pratiquant on avance sa mort et on encourt la honte et le mépris du public, qui au lieu de s'en prendre à la maladie, qui était mortelle, accuse le chirurgien d'avoir égorgé le malade. » Dionis fait remarquer du reste le soulagement du malade, dès qu'on lui a fait l'ouverture trachéale. « On voit le sujet revenir comme de la mort à la vie dans le même instant, et cet effet est si sensible et si prompt qu'il paraît un miracle. » Cet auteur se contente ensuite de rappeler que les plaies des cartilages peuvent guérir, mais sans citer Habicot qu'il devait connaître cependant; du reste, c'était son habitude de ne pas se livrer à des controverses érudites, qui ont leur avantage dans les gros traités, mais ne conviennent guère à un ouvrage élémentaire du genre de son traité d'opération. Aussi ne cite-t-il guère de noms d'auteurs, sauf quand la chose est indispensable (procédés, par exemple). Passant au manuel opératoire, il dit que certains veulent le patient couché, d'autres assis, pour qu'il respire plus facilement pendant l'opération, d'autres enfin dans une situation intermédiaire, la tête rejetée en arrière, pour découvrir le cou, ne songeant pas qu'ils augmentent ainsi l'étouffement. Selon lui, le chirurgien doit préférer la position qui lui paraît la plus commode. On opérait tantôt entre le deuxième et le troisième anneau,

tantôt entre le quatrième et le cinquième, et on marquait la place avec l'ongle après l'avoir reconnue avec soin, grâce à l'exploration digitale. Le reste de l'opération se pratiquait comme l'indiquent les anciens auteurs. On se servait habituellement du bronchotome pour faire l'ouverture trachéale (troquart qui permettait de faire en même temps le placement de la canule). De son temps, le *procédé rapide* et le *procédé lent* étaient déjà en honneur. « Quelques-uns veulent qu'on exécute cette opération par une ponction seule et que, avec le bronchotome ou la lancette, on ouvre la peau et l'entre-deux des cartilages bronchiques et qu'on ne tire point l'instrument entré dans la trachée artère, avant que d'y avoir mis un stylet pour y conduire la canule, de cette manière l'opération est plutôt accomplie, moins cruelle et plus aisée à guérir. »

Plus loin, s'occupant des affections chirurgicales de la langue, il décrit un *abaisse-langue* à lame très large et construit à peu près comme ceux de nos jours.

8. — VERDUC.

Le traité de Verduc est comme une sorte de compromis entre la chirurgie des siècles précédents et celle du XVIIIe siècle. L'*influence iatrochimiste* est très nette dans les théories pathogéniques qu'il expose.

Verduc n'admet que deux grandes variétés d'esquinancie, l'une avec signes physiques, l'autre sans lésions apparentes, qui est la plus dangereuse. Il rejette l'angine bâtarde de Sennert et d'Ethmuller, cette entité morbide étant, selon lui, une complication inutile du sujet. Lorsque le mal se porte au dehors, dans l'angine *sine*

materia, l'affection peut guérir, comme l'avait déjà signalé Hippocrate. Il fait intervenir la notion traditionnelle des crises et cite des hémorragies du nez qui ont amené une terminaison heureuse; la pneumonie et la pleurésie seraient des métastases moins favorables.

Quand le malade ne peut avaler, Verduc recommande l'usage de la sonde œsophagienne ; mais son procédé est tout à fait primitif. Si la manœuvre est impossible, il n'est pas nécessaire, affirme-t-il, de s'obstiner ; car les malades peuvent rester plus d'une semaine sans manger, comme le démontrent certaines observations.

L'*esquinancie* étant, d'après lui, une tumeur produite par l'acidité du suc nourricier dans les muscles de la gorge, il faut se débarrasser des obstructions par des médicaments volatils (théorie iatrochimiste). Si le malade menace d'étouffer, il convient de le saigner au bras ou même sous la langue. Si l'émission sanguine est contre-indiquée, on placera des ventouses ou un cautère à la nuque.

Verduc se prononce énergiquement contre les purgatifs, qui sont « des choses nuisibles et pernicieuses ». Les lavements ne seront donnés qu'en cas de constipation. Contrairement à « ce qu'on fait dans l'amygdalite, qui est une maladie distincte de l'esquinancie », on recourra aux sudorifiques et non aux diurétiques.

Comme gargarisme, il recommande la formule suivante : « Prenez deux onces d'eau de fleurs de sureau, une once d'eau de plantain, six drachmes d'esprit-de-vin et vingt gouttes d'esprit de sel ammoniac; ou bien, prenez deux onces de décoction de fleurs de sureau, deux drachmes d'esprit-de-vin tartarisé, avec une demi-once de miel rosat. » Si le malade souffre trop pour se gargariser, il peut se contenter de garder ces liquides dans la

bouche et d'en laisser couler quelques gouttes dans la gorge (bain local).

Comme onctions, il conseille les liqueurs spiritueuses « remplies de sels volatils », telles que l'esprit-de-vin camphré, les liniments au sel ammoniac, et rejette les cataplasmes qu'il trouve inutiles.

Les gargarismes et les collutoires astringents sont proscrits. « On les doit bannir puisqu'ils ne font qu'augmenter les obstructions ». Si le mal dure, on aura recours aux maturatifs, c'est-à-dire aux applications locales de mie de pain, additionnée d'une décoction de scabieuse, de mauve, de camomille, de mélilot, avec une demi-poignée de figues, une once de raisins secs, une once de réglisse. Verduc se garde bien du reste d'oublier le fameux *album græcum*, c'est-à-dire les excréments de chien. Il recommande encore, à ce point de vue, les nids d'hirondelle, ainsi que d'autres fientes d'animaux « qui sont remplis de sels volatils alkali ». L'explication, comme on le sait, remonte à Paracelse. Les enveloppements chauds (laine trempée dans l'huile chaude et surtout dans l'huile de tartre) donnent, pense-t-il, d'excellents résultats.

Quand l'abcès est mûr, il convient de le badigeonner avec du miel rosat additionné d'*album græcum* ; mais le procédé le plus simple, le plus sûr, est de l'ouvrir avec la lancette. Si le malade étouffe, il faut pratiquer sans retard la trachéotomie que l'auteur regarde comme une excellente opération.

Lorsque le mal est peu intense et que la gorge est blanche (*angina notha* de Sennert, de Houillier, d'Ethmuller), Verduc recommande, comme dans la médecine militaire de Minderus, la mauve, la sauge et le polypode bouillis dans du vin blanc et utilisés en gargarisme. Cette

affection surviendrait quand les tissus de la gorge sont remplis d'une lymphe épaisse et gluante. Si, au contraire, ils sont envahis par une sérosité salée, avec tuméfaction inflammatoire des amygdales, il est nécessaire de recourir aux alcalis volatils et aux préparations de cinabre.

Verduc a assez bien décrit les *lésions buccopharyngées du scorbut*. Chez un de ses petits malades qui, à la suite de la variole, avait eu des accidents gangreneux ayant détruit à peu près toute la langue, il rattache l'aplatissement du palais et l'étroitesse extrême de l'isthme à un trouble de croissance consécutif à la disparition de la langue. Malgré l'absence à peu près complète de celle-ci (il ne restait plus qu'un petit moignon), l'enfant articulait assez bien.

L'auteur mentionne (*Traité de chirurgie*, vol. II, chap. XII) les polypes nasaux qui font saillie dans le gosier. « Quoique ce polype ne soit pas ordinairement une maladie à craindre, ces excroissances deviennent quelquefois si grosses et si longues, qu'elles remplissent toute la gorge. En voici un exemple remarquable. Un jeune homme avait un polype qui lui descendait jusque dans la gorge. Cette chair était si grosse et si dure par en haut, qu'elle avait déplacé les os du nez, de manière que cette partie n'avait plus sa figure naturelle. Cette excroissance pendait aussi hors du nez, ce qui était assez difforme. Après avoir gardé quelque temps ce polype, ce pauvre garçon mourut misérablement, ne pouvant respirer, parce que cette chair remplissait la gorge. » L'auteur ajoute ensuite naïvement que cette excroissance charnue résultait chez ce malade de l'habitude de se frotter sans cesse le nez, ce qui aurait irrité outre

mesure la muqueuse pituitaire. « Cet exemple est bien utile pour faire quitter la mauvaise habitude à ceux qui ont toujours les doigts dans leur nez. » Il s'agissait évidemment d'une tumeur nasopharyngienne.

9. — GARENGEOT.

Garengeot, dans son traité de médecine opératoire, où l'on trouve fidèlement exposées les opinions des maîtres de l'école de Paris, de Dionis à la fondation de l'Académie de chirurgie, donne quelques renseignements intéressants sur la façon dont on pratiquait alors les interventions sanglantes dans les maladies de la gorge.

A propos des abcès de l'amygdale, il décrit longuement le pharyngotome de son maître J.-L. Petit et en exagère singulièrement les avantages, ainsi que l'originalité, puisque ce n'était en définitive qu'un perfectionnement de la lancette cachée d'Ambroise Paré.

Il regarde l'extirpation sanglante des amygdales comme dangereuse.

Ce qui fait surtout l'intérêt de ce chapitre, c'est qu'on y trouve décrite, à propos de l'extraction des polypes du nez, une opération de J.-L. Petit pour un fibrome nasopharyngien. Il s'agit d'un sujet de quinze ans, scrofuleux, malingre, chez lequel la tumeur avait pris de telles proportions qu'elle avait abaissé la luette, rempli le nez en arrière et rendu fort difficiles la déglutition et la respiration. J.-L. Petit se servit du récent procédé de Manne (d'Avignon), c'est-à-dire que, pour arriver au pédicule, il fendit le voile du palais. Il retira, dit Garengeot, de la gorge de cet enfant, une tumeur plus grosse qu'un œuf de poule; les suites opératoires furent bonnes.

10. — HEISTER.

Heister présente la même importance que Dionis. La lecture de celui-ci était indispensable pour connaître l'état de la chirurgie française à la fin du XVIIe siècle ; Heister rend des services semblables pour la chirurgie européenne, cinquante ans plus tard. Comme Dionis, il appartient à la classe des esprits nets, pondérés, s'assimilant bien les idées des autres, mais y ajoutant peu de leur propre fonds, excellents en un mot pour résumer dans leurs œuvres les tendances d'une époque. Il faut reconnaître du reste que Heister, s'il est moins élégant, souvent moins clair, est beaucoup plus érudit et qu'il est très informé des progrès qui s'accomplissaient dans tous les pays de l'Europe. Son ouvrage n'est d'ailleurs plus un simple traité d'opération, mais une véritable chirurgie.

Il décrit (Tome I, cap. LXXXVII) l'instrumentation nécessaire à *l'exploration* buccopharyngée et cet examen lui-même. Les instruments sont ceux de Dionis, légèrement modifiés d'aspect, c'est-à-dire une spatule, un mors. Comme l'auteur français, Heister reconnaît le plus souvent qu'une cuillère suffit et qu'on n'avait pas besoin du glossospathe ou du *speculum oris* (mors).

Les *ulcères du palais* sont exposés avec assez de détails (cap. XLI). Ils peuvent, selon lui, perforer les parties molles et même l'os sous-jacent et amener ainsi une communication anormale entre le nez et la cavité buccale. La cause de ces désordres si graves est le scorbut et surtout la syphilis. Quand ils attaquent le voile, celui-ci peut être détruit sur une grande partie de son étendue. Pour arrêter l'évolution, un traitement interne approprié

(spécifiques) est absolument nécessaire. On peut aussi employer des gargarismes détersifs à l'aigremoine, l'hypericum, l'alchemille et autres herbes vulnéraires bien broyées et mélangées ensemble, puis longtemps bouillies pour en faire une décoction. Le nitre, l'alun, les sels de plomb, rendent aussi des services (Fallope). S'il y a carie osseuse, il faut se résigner à recourir au fer rouge, avec lequel on cautérisera les parties malades; puis, on bouchera l'orifice de communication avec une lame d'argent soutenue par un appareil spécial.

Le chapitre XLIII comprend les *maladies de la luette*. Heister résume les connaissances ou plutôt les préjugés de ses prédécesseurs sur les affections de ce petit appendice. Contre les inflammations, il recommande les lénitifs, contre les relâchements, les substances astringentes. Si néanmoins l'organe prend un développement anormal et gênant, il conseille l'ablation. Heister se prononce pour la ligature. Scultet et Fabrice de Hilden avaient inventé, à cet effet, des serre-nœuds encore rudimentaires et assez mal commodes, mais cependant mieux combinés que celui d'Ambroise Paré. Ils consistaient en deux lames recourbées et munies d'un anneau. Le fil étant placé dans le serre-nœud d'une façon convenable, on déprimait la langue, attirait la luette à l'aide d'une érigne, puis on la passait dans l'anse du fil et on liait solidement. On resserrait les jours suivants jusqu'à mortification complète. Heister parle aussi du fameux instrument norvégien signalé par Bartholin, Scultet et Dionis.

Les *inflammations des amygdales* (cap. XCIV) sont regardées comme très fréquentes et parfois comme très dangereuses. Pour éviter la gangrène qu'on croyait beaucoup plus fréquente qu'elle ne l'est en réalité, on

continuait à peu près le traitement local traditionnel des siècles passés, et on recourait tout autant à la saignée. Les scarifications locales des anciens avaient même été reprises avec succès par un chirurgien anglais. Garengeot en avait reconnu ensuite l'utilité, sous l'influence probablement de son maître J.-L. Petit. Heister s'en montre également partisan. On avait inventé (Petit, Garengeot, Scultet) une sorte de lancette longue et courbe pour ces incisions de l'isthme et on lui avait donné le nom de *paresthia*, à cause de la région où il devait agir.

Quand il s'était produit un *abcès tonsillaire*, la règle était de l'ouvrir au plus vite, pour amener la détente des symptômes morbides. On se servait d'un phlébotome (lancette) à lame longue, étroite, garnie de diachylon, sauf à sa pointe, comme l'indique Dionis. Mais, dit Heister, l'instrument à lame cachée de Petit, qui n'épouvante pas les malades par la vue du tranchant du fer, est préférable chez les gens pusillanimes et surtout chez enfants. On se servira, ajoute-il, pour déterger, d'une infusion de thé et de miel rosat, etc.

Contre l'*hypertrophie des amygdales* (cap. XCVI), Heister recommande les caustiques dont il ne se dissimule pas du reste les inconvénients (mauvaise localisation de l'action, désordres graves s'ils tombent dans l'intérieur de la cavité et sont déglutis), l'ablation avec le scalpel qui est rarement usitée, ajoute-t-il, actuellement à cause de sa cruauté, et enfin la *ligature* qu'il regarde comme la méthode de choix. Il conseille le même serre-nœud que pour l'ablation de la luette. Si le pédicule est trop gros, on passera, comme Cheselden, un double fil dans le pédicule, à l'aide d'une aiguille, et on liera les deux moitiés isolément.

C'est avec le serre-nœud qu'on traitera aussi, si cela est nécessaire, les *excroissances ou polypes* qu'on peut voir sur les amygdales ou dans leur voisinage.

11. — RECOLIN

(*Mémoire sur l'esquinancie inflammatoire, Académie de chirurgie. Tome* IV, *p.* 429)

Recolin est l'auteur d'un excellent mémoire sur l'esquinancie inflammatoire, dont il étudie avec beaucoup de compétence le traitement.

Il fait remarquer que l'angine est, à proprement parler, une affection chirurgicale, et que c'est aux chirurgiens que le public vient demander du soulagement. Ce sont eux notamment qui pratiquent la *saignée,* dont l'efficacité était encore admise par tout le monde. Recolin s'en tient aux conseils donnés par les anciens sur la phlébotomie, parce qu'il les trouve excellents. Mais, vers la fin du XVIIIe siècle, on ne s'était pas complètement mis d'accord sur le choix de la veine à inciser. Beaucoup tenaient pour les pédieuses et les saphènes, prétendant qu'on débarrassait ainsi plus complètement les parties supérieures. Il ne faut pas cependant, dit-il, demander tout à l'émission sanguine, ni épuiser le malade, pour éviter une suppuration souvent fatale, justement à cause de ces déperditions de sang exagérées, qui peuvent par trop affaiblir l'organisme. L'auteur croit même que, dans certains cas malheureux, une saignée intempestive du pied amène par métastase un dépôt dans le poumon ; à cet effet, il rapporte l'observation d'un jeune homme qui, à la suite d'une phlébotomie de la pédieuse, fut pris d'une péripneumonie

à laquelle il succomba, le septième jour après le début de l'angine. Recolin cite à ce sujet Hippocrate, Arétée, Aétius, les commentaires de Duret sur les aphorismes d'Hippocrate et le commentaire de Van Swieten sur l'aphorisme 802, de Boerhaave, où se trouve rapporté un cas semblable au sien. Suivant Van Swieten, qui aurait vu plusieurs faits analogues, même lorsque l'esquinancie laisse la respiration indemne, la métastase pulmonaire peut se produire. C'est, dit Recolin, parce qu'on saigne au pied qu'on s'expose à cette déviation du mal. On l'attire, pour ainsi dire, en bas, comme l'a soutenu Bertrando, à propos des abcès du foie qui succèdent aux plaies de la tête. L'auteur a vu lui-même ces sortes de phlébotomies s'accompagner souvent de douleur et de gonflement à l'hypocondre droit; on risque donc de compromettre le foie aussi bien que le poumon en pratiquant aussi bas l'extraction sanguine. Cependant, il rappelle que Guy de Chauliac voulait qu'on saignât d'abord au pied, mais que Laurent Joubert blâme fort cette pratique et préfère qu'on pique au pli du coude. Comme on le voit, dit-il, la question reste encore en suspens.

En tous cas, la phlébotomie n'aurait guère de contre-indication; Recolin rappelle que Rivière, après Nicolas Tulpius, la pratiquait même au cours de la grossesse.

La saignée des jugulaires et celle des veines sublinguales était à peu près tombée en désuétude. Cependant, à propos de cette dernière, Recolin rappelle que Sydenham l'approuvait, mais que Tulpius, ainsi que Van Swieten, conseillent, sous peine d'accident, de n'en pas faire un usage prématuré. D'ailleurs, comme l'a dit Lanfranc dans sa grande chirurgie, le malade pourrait périr de

cette saignée, quand elle n'a pas été précédée par celle du bras.

Les *gargarismes* astringents âcres ne contribuent pas peu, affirme Recolin, à la production des métastases. Il a vu une jeune dame de vingt-cinq ans prise d'une violente affection de gorge, avec gonflement considérable des amygdales, etc., qu'il saigna deux fois aux bras, puis deux fois aux pieds. Le mal ne s'améliorant pas, on fit une troisième saignée aux pieds, qui soulagea un peu la malade. Malheureusement, il se produisit le lendemain des taches livides sur les amygdales. Le médecin, craignant la gangrène, fit cesser les gargarismes adoucissants qu'il remplaça par des gargarismes astringents au camphre ; il survint une pneumonie grave, dont on eut beaucoup de peine de venir à bout. Du reste, reprend-il, les anciens et les modernes (Bonnet, Dodonœus, etc.) ont compris le danger de ces gargarismes froids et répercussifs, dont ils blâment l'emploi. Il cite le cas d'une femme âgée de trente-sept ans atteinte d'esquinancie à laquelle on prescrivit cette médication intempestive ; elle contracta une phtisie qui l'emporta au bout de quatorze ans (!). Helwich, médecin de Breslau, aurait vu, dans un cas de fausse angine (*angina notha*) et par conséquent très bénigne, l'usage des répercussifs amener un délire mortel.

Recolin avoue que les *ventouses scarifiées*, préconisées par Hippocrate, étaient tombées de son temps en désuétude ; cependant, dit-il, en attirant le mal au dehors, elles présentent une utilité évidente. Il cite une observation d'Elgard à ce sujet. Il s'agit d'une femme de quarante-huit ans qui fut prise à Lima d'une esquinancie à la suite d'une violente colère. Comme elle menaçait de

suffoquer et que les saignées ne la soulageaient pas, Elgard, n'osant faire la trachéotomie dans un pays où elle était encore totalement inconnue, fit placer une ventouse scarifiée au cou, de chaque côté de la ligne médiane; la malade fut immédiatement soulagée et guérit rapidement peu après.

Si, malgré tous les soins apportés à ces cas d'esquinancie inflammatoire, les signes de la suppuration s'annoncent, il faudra recourir aux maturatifs, et, si le malade est menacé de suffocation, *intervenir* aussitôt, sans attendre l'ouverture spontanée. A ce sujet, Recolin rapporte l'observation de Lanfranc (Voy. textes). Il cite un cas personnel fort intéressant chez un jeune homme de vingt-deux ans, d'un tempérament robuste, que les saignées successives au bras et au pied n'avaient guère soulagé. Comme il ressentait des élancements au côté du cou, le long du cartilage thyroïde, l'auteur proposa de sectionner à ce niveau pour aller à la recherche de la collection purulente présumée. En effet, en faisant ouvrir la gorge au malade, il constata à droite, fort au-dessous de l'amygdale et du pilier, l'existence d'un abcès. « Tout le cou de ce même côté était gonflé, dur et douloureux, sans que la peau fut changée de sa couleur naturelle. En faisant ouvrir la bouche au malade et lui baissant la langue, on ne voyait que le boursouflement de toutes les parties du gosier. Les médecins, après avoir beaucoup parlé dans la consultation sur le peu d'effet des remèdes employés jusque-là, conclurent pour proposer encore une saignée. » Ils lui laissaient le choix entre une saignée du cou et une saignée du pied. Le malade se décida pour le cou; mais le résultat en fut négatif. Le neuvième jour, la déglutition était

totalement impossible et le malade ne respirait qu'avec peine; l'état général devenait également très mauvais. Il n'y avait, dit Recolin, pas un instant à perdre. Or la situation de la tumeur ne permettait pas de l'atteindre avec le pharyngotome, parce qu'elle était masquée par la base de la langue, l'amygdale et le pilier droit. Cependant, en abaissant fortement la langue et en glissant sous l'index un petit bistouri qu'on fit pénétrer aussi loin que possible, on parvint à inciser la collection purulente située fort bas.

Chez un autre malade âgé de quarante-cinq ans, atteint d'esquinancie suppurée, et auquel les saignées répétées du pied n'avaient apporté aucun soulagement, l'auteur remarqua sur le côté droit du cou une tuméfaction fluctuante. La base de la langue et l'isthme étaient le siège d'un gonflement énorme qui en altérait complètement l'aspect normal; mais, avec l'index enfoncé au delà des amygdales, on distinguait, à travers le boursouflement général, une tumeur molle sur la paroi latérale droite du pharynx, qui communiquait manifestement avec celle du cou. Son incision fut faite, comme dans le cas précédent, et sauva le malade d'une mort certaine.

« L'amygdale, dit Recolin, peut conserver en partie son aspect et sa grosseur et cependant l'abcès peut exister derrière elle. » Ce fut le cas chez une malade âgée de trente ans, qui eut, au sixième jour de l'esquinancie, une sensation de tension et de battements à la hauteur de l'amygdale droite. Il reconnut l'existence d'une tumeur purulente à la partie supérieure de la glande au niveau du voile. La collection purulente fut incisée, et Recolin retira une cuillerée de pus au grand ébahissement du médecin, qui ne se doutait pas de la présence de l'abcès.

12. — DESAULT.

Les perfectionnements apportés par Desault sont surtout d'ordre instrumental, mais fort importants.

L'auteur expose d'abord les principales modalités inflammatoires que peut présenter l'amygdale : le catarrhe, le phlegmon et la gangrène. Celle-ci serait contagieuse ; il s'agit donc vraisemblablement de l'angine diphtérique. Abandonnant les deux premières variétés aux médecins, ce chirurgien s'occupe seulement des abcès. Sa technique opératoire ne diffère pas de celle de Dionis; toutefois il recommande le pharyngotome à lame cachée de J.-L. Petit.

Pour la destruction des amygdales hypertrophiées, il rejette les caustiques, dont il montre les inconvénients, ainsi que la ligature, qu'il regarde comme trop lente et trop douloureuse. Elle peut, du reste, selon lui, amener des accidents, en déterminant une tuméfaction énorme de la glande ainsi étranglée (cas de Gambati); enfin, dit-il, le pédicule peut être souvent si volumineux que la pose de la ligature est pour ainsi dire impossible. En suivant le procédé de Cheselden, on tourne la difficulté; mais il est encore plus simple de recourir à l'incision. On reprochait à celle-ci d'occasionner assez souvent la blessure des gros vaisseaux (carotide interne) ou encore du voile. Pour éviter ces inconvénients, Desault imagina une lame tranchante cachée dans une gaine. Cette gaine présentait sur un de ses bords latéraux une incisure profonde en demi-lune dans laquelle on plaçait l'amygdale, qu'on avait attirée au préalable avec une érigne. Ainsi elle ne pouvait plus bouger; car, dès qu'on faisait progresser la lame, à la façon d'un couteau de guillotine,

mais de bas en haut, la glande se trouvait de plus en plus serrée. Desault faisait remarquer avec juste raison qu'avec cet instrument, on n'avait pas le désagrément de voir fuir la glande, comme cela se produit quand on opère avec le bistouri ou avec les ciseaux concaves de Levret, dont Louis faisait cependant un grand usage. De plus, la lame étant cachée, sa vue n'effrayait pas le patient lors de son introduction.

Desault appela chez nous l'attention sur l'utilité de la trachéotomie dans les esquinancies, les délabrements du cou, etc. Son procédé est en somme celui de ses prédécesseurs ; mais ce chirurgien eut le mérite de mieux fixer les indications opératoires, et de publier des observations intéressantes à l'appui de ses opinions.

Enfin, il a vulgarisé l'emploi de la sonde dans les cas de dysphagie due à un obstacle mécanique au passage des aliments, en indiquant une voie plus commode que celle de la bouche, la voie nasale. Imitant l'exemple d'un chirurgien anglais, il passait systématiquement la sonde par les fosses nasales et, pour ne pas l'égarer dans le larynx, il donnait une courbure définie au stylet qu'il introduisait au préalable dans la sonde molle. Il contournait ainsi facilement le voile, et, une fois arrivé suffisamment bas, retirait le stylet et faisait progresser lentement et avec précaution la sonde jusqu'à l'estomac. Il sauva de la sorte plusieurs malades atteints de délabrements considérables de la cavité buccopharyngée à la suite de tentatives de suicide.

13. — BELL.

Dans le passage très court consacré aux angines (une page), J. Hell s'occupe surtout de la thérapeutique de

cette affection. Il fait jouer un grand rôle à la méthode dite préservatrice. « L'on prescrira, dit-il, dans ce but, une ou plusieurs saignées générales, suivant les forces du malade. Les purgatifs actifs sont surtout utiles, et l'on tire souvent quelques avantages des diaphorétiques. On doit cependant compter davantage sur les saignées de la partie affectée et sur le vésicatoire appliqué le plus près possible de la gorge. L'on a fait graver (planche LIII, fig. 1 et 3) des instruments propres à tirer le sang de la gorge par les scarifications. Ce moyen prévient généralement la suppuration, quand on y a hardiment recours dans le commencement de l'inflammation. » Comme inhalation, afin de juguler le mal, il recommande les vapeurs de vinaigre. Ses gargarismes astringents assez énergiques sont au tannin (écorce de chêne) additionné d'alun ou d'une petite quantité d'acide vitriolique (sulfurique). L'extrait de saturne (acétate de plomb) rejeté par plusieurs, de crainte de l'intoxication, ne présenterait pas les inconvénients dont on l'accuse. Pour hâter la maturation des abcès, il conseille les enveloppements chauds (bouillies chaudes), les gargarismes au lait tiède. Quand l'abcès était formé, Bell l'ouvrait avec un des scarificateurs de la gorge qu'il a décrit.

Parlant (Tome IV, p. 75) de l'extirpation des amygdales, Bell rejette avec raison le terme de squirrhe, employé par quelques-uns (Boerhaave), pour désigner leur hypertrophie. Selon lui, en effet, le mal n'aurait rien du cancer. « Je n'en ai jamais vu d'exemple et je crois que peu de chirurgiens en ont rencontré. » Il rappelle d'autre part que Sharp niait les récidives; il partage cette opinion.

Quant à l'intervention, il rejette les caustiques dont il

déclare l'emploi « inadmissible ». Il en est de même pour l'extirpation au bistouri, qui, dit-il, expose à des hémorragies énormes. En fait, il se voit réduit « à recourir à la ligature ». C'était, comme on le sait, la pratique générale en Angleterre, contrairement à ce qui se passait en France où l'intervention sanglante était préférée. Dans son procédé, l'un des bouts du fil sortait par la narine, l'autre par la bouche ; sa canule double était légèrement courbée, conformément à la disposition des fosses nasales par rapport au pharynx. On commençait par introduire le fil par le nez, puis, quand celui-ci était arrivé dans la cavité pharyngée, « le chirurgien, le doigt dans la bouche du malade, ouvre l'anse de la ligature et, dès qu'il l'a passée autour de la tumeur, il l'avance autant qu'il est possible sur la racine. Il retient la ligature dans cette situation avec les doigts, tandis qu'un aide, après avoir introduit les deux extrémités de la ligature dans la canule, avance cette dernière sans faire d'effort dans la narine, jusqu'à ce qu'il en sente le bout dans la gorge ; alors on serre assez fortement le fil d'argent, pour le fixer dans la substance de la tumeur. » L'auteur reconnaît que, plus le pédicule amygdalien est étroit, plus la manœuvre est facile. Bell choisissait le nez pour la sortie des fils parce qu'ainsi, ils gênent moins, dit-il, que si la ligature et la canule pendent dans la bouche. L'auteur reconnaît du reste que la méthode différente de Cheselden, adoptée par Sharp, peut fournir également de bons résultats. Quand le pédicule est très gros, il recommande l'artifice employé par Cheselden en pareil cas.

II. — RECUEILS D'OBSERVATIONS, CONSILIA, EPISTOLÆ, PRAXIS MEDICA.

(XVIe et XVIIe siècles).

Après les Gréco-Romains, les Arabes (Avicenne) avaient eu le mérite de composer de véritables encyclopédies médicales. Au XVIe siècle apparurent des publications d'allures peut-être plus modestes qui, délaissant toute préoccupation doctrinale systématique pour s'en tenir à la constatation, à l'analyse des phénomènes, ont largement contribué au développement ultérieur de la médecine. Nous voulons parler de ces *Recueils d'observations*, dont Nicolas Massa et Benivieni furent les initiateurs.

Le public médical apprécia fort ces écrits, qui mettaient en lumière bien des faits curieux et lui donnaient des leçons de choses dans une foule de cas difficiles, que n'élucidaient guère les traités classiques de Galien, de Rhazès, d'Avicenne, d'Albucasis, d'Avenzoar, de Gordon.

Le succès obtenu par Nicolas Massa notamment lui suscita de nombreux imitateurs dont les principaux sont : Amatus Lusitanus, Lange, Solenander, Valeriola, Craton, Rhodion, Riedlin, Platter, Rivière, Forestus, etc.

Grâce à ces divers auteurs, la pathologie du pharynx en particulier fit de notables progrès. Les collections purulentes des parties latérales du cou, de la région sus-hyoïdienne, du creux ptérygomaxillaire, commencèrent à être mieux connues (Forestus, Benivieni, Rivière); il

en fut de même des abcès de l'amygdale, de la base de la langue (Voy. la très remarquable observation de Camerarius et celle de Valeriola). Les anomalies de la marche (allure foudroyante ou au contraire traînante) déjà signalées par les Gréco-Romains et surtout par Avicenne furent nettement mises en évidence. On doit à ces auteurs une étude plus précise des ulcérations pharyngées et tonsillaires, des tumeurs et de l'hypertrophie des amygdales.

Enfin, grâce à Lange, à Riedlin et à Solenander, fut définitivement créée cette classe des maladies pharyngées d'ordre nerveux (paralysies, paresthésies, réflexes) qui, ennuient si fort malades et médecins, et dans lesquelles l'absence des lésions contraste si étrangement avec l'intensité, la gravité apparente et la multiplicité des symptômes morbides.

Notons en terminant que Schenkius a utilisé dans son célèbre ouvrage une partie des matériaux que nous allons exposer. Il les a rendus ainsi plus accessibles à la masse des lecteurs, en même temps qu'il leur donnait plus de valeur, en les complétant pour ainsi dire les uns par les autres (1).

1. — NICOLAS MASSA.

Dans ses *Epistolæ medicinales*, si remarquables à d'autres titres, Nicolas Massa ne s'est pas occupé des maladies pharyngées. Cependant, il signale un cas de cancer (probablement sarcome) du maxillaire supérieur droit qui avait gagné secondairement la gorge. Nous rapporterons

(1) Dans les travaux qui ont suivi, on cite plutôt Schenkius que les auteurs dont il s'inspire.

plus loin au chapitre réservé aux maladies vénériennes ce qu'il dit de la syphilis buccopharyngée.

2. — ANTOINE BENIVIENI.

A. Benivieni a signalé (*De abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanationum causis*, Florence, 1507, cap. XXXVIII) une angine suffocante qui semblait devoir occasionner la mort ; ce médecin célèbre par son habileté chirurgicale (il créa le premier un vagin artificiel et établit une ouverture périnéale à l'intestin dans un cas d'anus imperforé), constatant sur les parties latérales du cou, à la hauteur du larynx, un empâtement inflammatoire, osa l'inciser et se rendit bientôt compte que l'abcès siégeait à la hauteur du larynx, sur le côté. Le pus ayant été évacué, la guérison se produisit assez vite. Comme on le voit, il ne s'agit pas d'une véritable trachéotomie, ainsi que l'ont affirmé à tort certains historiens de la médecine.

3. — AMATUS LUSITANUS.

Amatus Lusitanus observa chez un moine un squirrhe (sarcome ?) du maxillaire supérieur gauche, qui avait envahi tout le palais et faisait une saillie considérable dans la cavité buccopharyngée. Cette tumeur incisée, fut trouvée constituée par une matière blanchâtre et mollasse analogue à la substance du cerveau. A. Lusitanus pratiqua des cautérisations à l'huile de vitriol, qui paraissaient devoir donner d'assez bons résultats, quand le malade fut perdu de vue. En somme, il s'agissait d'un cancer secondaire du pharynx, d'origine osseuse.

Dans une angine d'allure symptomatique très violente

(obs. XXXVIII), les signes physiques semblaient faire défaut (cynanche des anciens). La respiration et la déglutition étaient fort difficiles. Après bien des hésitations, Amatus Lusitanus, guidé surtout par des inductions théoriques, incisa la région sus-hyoïdienne; cette ouverture donna issue à une grande quantité de pus et amena la guérison.

A propos des inflammations amygdaliennes, l'auteur insiste avec raison sur l'utilité de l'alun (terre sigillée) pour juguler les phlegmons d'allure traînante.

Le principal mérite d'Amatus Lusitanus est d'avoir attiré de nouveau l'attention des médecins sur l'utilité des lavements nutritifs, quand les voies naturelles sont en quelque sorte impraticables. Il s'agit d'une femme prise d'une inflammation violente de la gorge, du larynx, de la trachée, qui ne pouvait rien avaler et qui fut nourrie pendant huit jours à l'aide d'œufs crus et de tisane injectés dans le rectum. Peu à peu, les symptômes s'amendèrent et la malade guérit. Avenzoar avait déjà conseillé ces lavements nutritifs; mais les théories qu'il avait émises à ce propos couraient, sans l'observation d'Amatus Lusitanus, le grand risque d'être oubliées; car elles allaient à l'encontre de la physiologie galénique, la seule qui eut cours à cette époque. Ainsi, l'on vit un médecin de la valeur de Mundella s'élever avec une grande violence contre la pratique des lavements alimentaires, dont il regardait l'usage comme absolument irrationnel.

4. — CRATON DE CRAFTHEIM.

Craton de Craftheim s'est assez peu occupé des maux de gorge. Cependant, il rapporte un cas où l'emploi des

enveloppements chauds suffit à dissiper assez rapidement des lésions inflammatoires graves de la luette (voile). Rappelons à ce sujet qu'on comprenait, sous ce mot de maladies de la luette, beaucoup de nos phlegmasies amygdaliennes actuelles. Celles-ci, comme on le sait, amènent rapidement un gonflement des parties molles du palais, qui peut être notable; de là probablement l'erreur des anciens, égarés également par le rôle physiologique important qu'on faisait jouer à cet organe (Voy. notre historique de la physiologie).

5. — VALERIOLA.

Dans le recueil de Valeriola nous avons trouvé deux cas d'angine assez intéressants.

Le premier est une angine phlegmoneuse avec gonflement considérable du voile, des amygdales, etc. Le malade allait étouffer, quand il se produisit à l'angle droit des machoires une tuméfaction, qui bientôt suppura abondamment. Le nasonnement était très marqué. Valeriola explique avec raison cet accident morbide dont on s'exagérait alors la fréquence (Voy. Avicenne, textes, Tome I) par l'échappement de l'air à travers les narines; mais, ignorant la cause véritable de ce phénomène (paralysie plus ou moins marquée du voile et occlusion ainsi incomplète du cavum), il le croit dû à l'impuissance de la langue à employer d'une façon convenable tout l'air qui est à sa disposition pour l'articulation des mots.

L'autre fait se rapporte à une tuméfaction considérable de la base de la langue, révélée par l'exploration physique, et qui détermina une dyspnée considérable. Heureusement, la collection purulente évolua assez rapidement et finit

par crever à l'intérieur ; dès lors, détente marquée et guérison rapide.

Valeriola se montre très partisan dans les cas d'esquinancie de la corne de cerf, et surtout de la dent de sanglier, bien rapées. Il leur a dû, dit-il, plus d'un succès dans des angines d'apparence fort graves.

6. — SOLENANDER.

L'unique observation de Solenander qui ait trait aux affections de la gorge mérite d'être signalée, parce que c'est un beau cas de paresthésie pharyngée chez une hystérique, probablement sous l'influence de quelques lésions de pharyngite sèche. La malade, déjà d'un certain âge, puisque Solenander l'appelle matrone, ressentait en même temps que des troubles chroniques gastro-intestinaux (la pharyngite sèche est fréquente dans ces cas), une sensation d'ardeur et de sécheresse fort pénible dans la gorge, qui persista sans rémission pendant de longues années. Cependant, on ne constatait rien dans le pharynx à la vue et au toucher, bien que le malaise fût tel que parfois la déglutition des aliments en devenait fort difficile et que la malade les rejetait par vomissements. Le sommeil était devenu peu à peu presque impossible, à cause de cette gêne constante, à laquelle s'ajoutait celle d'étranglement, quand la malade se mettait par hasard à dormir. Elle était réveillée alors par des étouffements (spasme laryngé) et par des palpitations violentes. Soupçonnant, dit-il « l'existence d'une tumeur mélancholique » (bile) dans les parois de l'œsophage, il prescrivit des vomitifs puissants capables de chasser la bile. Il y eut rejet graduel de cette humeur et enfin gué-

rison (probablement par suggestion, comme c'est le cas dans les affections de ce genre).

7. — DODONŒUS.

Dodonœus a rapporté l'observation d'un abcès du creux ptérygomaxillaire, consécutif à une inflammation amygdalienne. Mais le point intéressant est la bilatéralité des lésions. Il s'agit d'une petite fille de deux ans, qui fut prise d'un violent mal de gorge. Quelques jours après apparut, au-dessous de chaque oreille, un empâtement molasse faisant une saillie appréciable. Les deux collections purulentes furent ouvertes ; la petite malade ayant été ainsi débarrassée, dit Dodonœus, de ces abcès tonsillaires, revint ensuite à la santé.

D'autre part, cet auteur, ayant constaté chez un malade tous les phénomènes ordinaires de l'esquinancie (dysphagie, dyspnée), fut fort surpris de ne constater à l'autopsie aucune lésion pharyngée ou laryngée. Par contre, les poumons étaient le siège d'une péripneumonie étendue. Il se base sur cette observation pour admettre une variété pulmonaire de l'angine. Les phénomènes observés pouvaient du reste être exacts, ainsi que l'absence de toux et de points de côté qu'il dit avoir notée ; on sait en effet que certaines lésions pulmonaires peuvent, par irritation du pneumogastrique amener une dysphagie intense.

8. — MARCELLUS DONATUS.

Médecin du duc de Mantoue, littérateur et antiquaire distingué, Marcellus Donatus fit paraître un recueil

(De medica historia mirabili) qui brille plus souvent par l'imagination que par l'observation rigoureuse. Aussi faut-il remettre au point, réduire à des proportions exactes les faits qu'il a publiés. Ainsi, il a rapporté (cap. v) l'histoire d'un Mantouan atteint de dysphagie, qui présentait, à la racine de la langue et sur le pharynx, des saillies volumineuses qu'il compare à de véritables verrues. Il s'agissait très probablement de papilles hypertrophiées, comme on en rencontre parfois. L'auteur fait observer que son malade était de tempérament bilieux et que Rhazès attribue à la bile la production des verrues.

Il discute (cap. vi) assez longuement l'utilité de la trachéotomie, mais sans donner d'observations personnelles ; après avoir étudié les cas connus jusqu'à lui, il se prononce en faveur de cette opération.

Enfin, il dit, autre part (cap. ix), qu'un de ses amis, à la suite d'un dépôt de pituite dans cet organe, eut un tel allongement de la luette que celle-ci repliée en avant pouvait atteindre les incisives (!)

9. — CAMERARIUS.

Camerarius a consigné dans son *Liber observationum* un cas assez intéressant d'angine avec glossite très intense.

Pendant qu'il étudiait la médecine à Pavie, un de ses camarades, Grec d'assez haute naissance, fut pris pendant la nuit d'une angine qui présenta presque d'emblée une violence extraordinaire. La langue était si gonflée que le malade ne pouvait, pour ainsi dire, parler. Le temps manquant pour appeler un médecin, il eut la présence d'esprit et le courage de se faire sur la langue, en arrière,

une incision assez longue et assez profonde, qui occasionna une grande perte de sang ; bientôt après, il éprouva un notable soulagement, et il guérit rapidement. La rapidité de la marche et le résultat si efficace de l'incision font penser qu'il s'agissait vraisemblablement d'une inflammation aiguë de l'amygdale linguale. Ce fait de Camerarius était bien propre à fortifier chez ses contemporains l'idée de l'utilité des scarifications préconisées par Hippocrate.

10. — LANGE.

Dans ses remarquables lettres médicales, Lange a publié une observation de toux amygdalienne, c'est-à-dire d'un de ces réflexes si curieux et parfois d'apparence si inquiétante, sur laquelle l'attention médicale s'est de nouveau récemment fixée. Un chanoine de Ratisbonne avait dans une de ses amygdales une pierre (calcul) que Lange croit devoir attribuer à du pus concrété (amygdalite lacunaire). La toux était fort pénible et, pour ainsi dire, continue. Il consulta beaucoup de médecins qui lui prescrivirent des astringents et des dessèchants, tels que le suc de grenade, de pétales de rose, etc. D'autres eurent l'idée de recourir aux adoucissants qu'ils donnèrent jusqu'à la production de nausées, mais, comme les premiers, sans obtenir de résultat appréciable. Lange, conseilla des maturatifs (miel écumé mélangé à du beurre); peu à peu, la région se ramollit; finalement, le corps étranger fut chassé dans un accès de toux. Il était sem-

(1) Lange s'est élevé avec beaucoup d'énergie dans une de ses lettres, contre les Arabes, auxquels il veut substituer l'autorité des médecins de la période gréco-romaine.

blable à un tophus de goutteux ; dès ce moment, le malade fut entièrement guéri.

11. — FORESTUS.

Forestus s'est beaucoup occupé des maladies du pharynx, auxquelles il consacre une grande partie du troisième volume de son célèbre ouvrage.

Ses observations se rapportent principalement aux angines ; mais il cite aussi quelques cas d'ulcères. Il a surtout mis en lumière les collections purulentes qui peuvent résulter des pharyngites graves.

A ce sujet, l'on ne peut s'empêcher de remarquer que Forestus, médecin dans le sens étroit du mot, ne savait ni ne voulait se servir de l'instrument tranchant ; en cas d'absolue nécessité, il faisait, raconte-t-il tranquillement, ouvrir l'abcès par un chirurgien (Voy. textes). Du reste, bon observateur, de grande érudition, il fait suivre la relation de chaque fait d'une explication théorique ou scholie, dans laquelle on trouve des citations d'auteurs gréco-romains et arabes, surtout d'Aétius, son auteur favori.

En outre, Forestus a décrit une épidémie d'angine diphtérique (?), à Alkmaer, sur laquelle nous reviendrons (1).

Les faits les plus intéressants sont : une collection purulente latérale du cou qui s'ouvrit spontanément dans les voies digestives (liv. VI, obs. XXI) ; un abcès dans le voisinage de l'épiglotte, gros comme un œuf de poule, qui guérit aussi par ouverture spontanée (liv. VI, obs. XXII) ; une jeune fille atteinte des troubles menstruels, qui fut prise d'une amygdalite double carac-

(1) Voir Diphtérie.

térisée par un développement énorme des tonsilles et l'allure traînante de phlegmasie (liv, VI, obs. XI); des hypertrophies des amygdales (liv. VI, obs. VIII); toute une série d'ulcérations amygdaliennes dont beaucoup devaient être de l'angine lacunaire; Forestus fait remarquer que les ulcères syphilitiques des tonsilles sont beaucoup plus tenaces et beaucoup plus destructifs.

12. — RIEDLIN.

Riedlin signale de la paresthésie pharyngée chez une hystérique enceinte (les accoucheurs modernes rapportent des faits de ce genre). Le pharynx lui parut entièrement sain; cependant la dysphagie fut telle, raconte-t-il, que la malade pouvait seulement avaler quelques cuillerées de bouillon de temps à autre. Tout ayant échoué et la patiente répugnant aux gargarismes, on se contenta de prescrire une boisson pectorale pour remédier à la sécheresse extrême de la gorge. Des ventouses appliquées à la hauteur des épaules ou sur le dos restèrent aussi sans effet. Après l'accouchement, qui fut normal, les symptômes se dissipèrent peu à peu. Il est à noter que le spasme semblait siéger à la racine du cou. C'est là que la malade, une fois délivrée, sentait une sorte de vapeur qui s'opposait, disait-elle, au passage des aliments. Riedlin rapporte aussi une observation intéressante d'apostème siégeant à la racine de la langue.

13. — RHODION.

Rhodion a noté un des premiers l'obstruction mécanique du pharynx qui peut succéder à une ulcération

syphilitique guérie. Il croit à l'existence d'une masse charnue (caroncule) faisant hernie dans l'organe et non à un rétrécissement ; peu à peu du reste les liquides et les solides finirent par passer avec une facilité plus grande.

Plus loin, il donne l'histoire d'un corps étranger des voies digestives supérieures, qui manque du reste d'intérêt. Il rapporte aussi qu'un domestique s'étouffa en avalant par mégarde une poire crue. C'est la répétition de l'observation de Bartholin ; seulement chez ce dernier, il s'agissait d'un gros morceau de viande.

14. — ZACUTUS LUSITANUS.

Zacutus Lusitanus a relaté dans sa *Praxis medica* une observation d'angine diphtérique sans grand intérêt (textes).

Dans son traité *De medicorum principum historia*, où il fait preuve d'une érudition remarquable, différents chapitres se rapportent à l'esquinancie ordinaire. Il prend généralement comme point de départ de ses développements, souvent un peu prolixes, non pas les aphorismes d'Hippocrate, comme on aurait pu s'y attendre à cette époque, mais des passages sur l'angine empruntés à Alexandre de Tralles.

Il se demande d'abord s'il faut toujours saigner dans l'angine, et il répond par l'affirmative, tout en faisant les réserves déjà énoncées par les anciens (abstention chez les enfants, les débilités, les femmes). Il étudie la quantité de sang qu'il faut extraire dans telle ou telle circonstance. Zacutus est aussi pour les purgatifs, malgré l'opinion contraire émise par Mercuriali et Massaria. Ces écrivains, bien que très partisans en général du galénisme,

soutenaient qu'une fois le dépôt d'humeurs effectué au niveau de la gorge, il était bien difficile, sinon impossible de les en déloger. Un peu plus loin, l'auteur agite la question, fort importante pour l'époque, de savoir s'il fallait piquer les veines jugulaires (externes?) dans l'angine. Avec les idées alors régnantes sur la grande utilité des déplétions sanguines locales, qu'avaient encore renforcées la *querelle de Brissot avec les arabistes* à ce sujet, la réponse affirmative n'aurait pas fait de doute, s'il ne s'était pas agi d'un de ces gros vaisseaux, dont on jugeait l'hémorragie fort dangereuse. Zacutus cependant n'hésite pas et signale quelques faits où la blessure des jugulaires n'avait pas amené la mort. Bien plus, il dit avoir observé un Espagnol chez qui l'incision de ces veines amena la guérison d'une esquinancie fort alarmante. Si le mal de gorge semble dû à des troubles menstruels, on doit saigner au pied, parce que cette évacuation soulage énormément tout le bas du corps. L'auteur ne faisait du reste que se conformer ainsi à l'avis de la plupart de ses contemporains (1). Galien avait fait un tableau effrayant des désordres que peut entraîner la suppression des règles, trompé probablement par les phénomènes hystériques qui surviennent si fréquemment à l'occasion de celle-ci. Zacutus renchérit encore et cite toute une série de métastases plus désastreuses les unes que les autres.

Il se montre meilleur clinicien, quand il combat, du reste avec beaucoup de grands médecins grecs, ainsi qu'il a soin de le remarquer, l'usage intempestif des gargarismes âcres. Malheureusement, un peu plus loin, il

(1) Cependant Marianus Sanctus, Riolan, Mercuriali, s'étaient prononcés en faveur de la saignée au pli du coude.

admet dans ses médications l'utilité des excréments d'hirondelles, de chien et même d'homme. C'est, dit-il, un excellent antidote dans les cas désespérés, comme il a pu le constater lui-même.

Très admirateur de Galien, il s'efforce de démontrer que le médecin de Pergame a vu et décrit la terrible affection connue en Espagne sous le nom de *garotillo*. C'était là du reste une opinion qui n'est point aussi risquée que l'ont soutenu certains historiens de la médecine (Voy. Tome I, p. 40), puisque le restaurateur de l'humorisme a signalé le rejet de tubes et de membranes, c'est-à-dire de dépôts formés probablement par la couenne diphtérique. Il est vrai, du reste, que Galien ne signale le fait qu'en passant, à propos de toute autre chose que le mal gangreneux d'Arétée, dont il n'a laissé aucune description.

Fervent arabiste, Zacutus admet bien entendu la grande utilité de l'exploration du pouls dans les cas d'esquinancie, mais sans apporter d'éléments nouveaux aux considérations, du reste déjà très développées, de Galien et d'Avicenne.

15. — PLATTER.

Les observations de Platter, qui se rapportent à la pathologie pharyngée, sont assez nombreuses. Nous ne signalerons que les plus intéressantes.

Un alcoolique de quarante ans (obs. IV, cap. III), pris d'une violente douleur dans le bras droit, se fit appliquer en cet endroit des ventouses qui le soulagèrent. Mais, ayant continué ses excès le lendemain, il fut atteint d'une angine d'une violence inouïe, survenue subitement et qui menaçait de l'étouffer ; il ne pouvait prononcer le

moindre mot, ni rien avaler. Cependant, le gosier ne présentait ni rougeur, ni tuméfaction. Il s'agissait en somme d'une cynanche. Platter ordonna des dérivatifs sur le cou ; les jours suivants une tuméfaction assez volumineuse se produisit au côté droit du cou ; dès lors les phénomènes morbides perdirent de leur acuité. La collection alla en augmentant de plus en plus, puis s'affaissa. Le malade fut pris alors d'une diarrhée abondante avec rejet de matière puriforme. L'abcès, qu'on n'avait pas osé inciser par pusillanimité, s'était ouvert spontanément dans l'œsophage. Après des alternatives d'amélioration et de rechute la guérison s'établit peu à peu.

L'auteur insiste sur la fréquence du catarrhe non seulement au poumon, mais à la gorge (Stoll reprendra cette conception de l'état catarrhal à déterminations multiples, parfois unique). Il peut en résulter une suffocation extrême, comme Platter l'a observé chez un malade. Il se montre très partisan, dans ces cas, des pédiluves et des purgatifs énergiques pour détourner les humeurs. Il administrait aussi par cuillerées de l'eau-de-vie additionnée de sucre et d'un peu de cannelle (c'est-à-dire notre potion de Todd actuelle avec ses propriétés toniques). Il faisait prendre aussi du lait tiède (comme gargarisme ou comme nourriture ?). Enfin, il ordonnait des enveloppements chauds comme les anciens ; cette pratique apaisait les douleurs et peut-être les phénomènes inflammatoires.

Un de ses malades (obs. LXI) présentait une esquille osseuse fixée si bas qu'elle était invisible, et que, malgré toutes les tentatives exécutées avec divers instruments, le chirurgien ne parvint pas à l'extraire. Platter se

contenta d'administrer des gargarismes adoucissants ; au bout de quelques jours, l'esquille se détacha lors de l'ouverture de la collection purulente formée autour d'elle, et tout rentra dans l'ordre. La seule chose intéressante ici est la sage réserve de l'auteur. En effet, de son temps, les corps étrangers étant très redoutés par suite de la pusillanimité des malades et surtout en raison des cas mortels nombreux publiés, on tâchait de s'en débarrasser à tout prix, et on se livrait en cas d'échec à des manœuvres fort intempestives ; le fait de Platter, suivi bientôt de quelques autres, démontra qu'on pouvait au besoin se contenter de l'expectation, comme Aétius l'avait déjà conseillé, l'esquille ou l'arête s'éliminant au bout d'un certain temps avec le pus.

Chez un autre patient, un ulcère (obs. LXII) du voile avait détruit une grande partie de cet organe, ainsi que de la luette. Il en résultait un trouble considérable dans la phonation et la déglutition, les aliments revenant souvent par le nez. Le mal faisait de plus en plus des progrès, lorsque Platter guérit celui-ci avec des gargarismes astringents et cautérisants à l'alun, au plomb, au sulfate de fer. Puis, il recourut au mastic, à la myrrhe en fumigations. Fabrice de Hilden avait déjà publié un cas analogue, montrant l'étendue des désordres que peuvent déterminer ces processus ulcéreux. Ici, la syphilis n'est pas mentionnée, mais probable. S'agissait-il d'un lupus ? d'un cancer ? ces deux hypothèses sont invraisemblables puisque le mal guérit. Platter note que, par la suite, les troubles fonctionnels s'améliorèrent, probablement à cause de la disparition des phénomènes inflammatoires.

L'obs. LXIII est celle d'un cas semblable où une

bonne partie du côté gauche du voile, de la luette et même du palais osseux avaient été détruits, établissant ainsi une large communication avec les fosses nasales.

L'écrivain allemand (obs. LXX) nous parle ensuite d'un malade atteint vraisemblablement d'un rétrécissement de l'œsophage.

Les trois faits suivants ont trait à de la dysphagie nerveuse probablement d'origine spasmodique. L'auteur nous apprend que, vers la soixantaine, il présenta lui-même les mêmes troubles. Il a vu ces phénomènes devenir si intenses et si continus chez une *femme enceinte*, qu'ils déterminèrent la mort par inanition. Chez une autre femme, la dysphagie se produisit subitement avec perte absolue de la parole; mais finalement tout disparut, grâce à des gargarismes, selon lui, appropriés. Il s'agit certainement ici d'hystérie, comme le démontre la brusque apparition de l'aphonie.

Platter (obs. LXXII) nous rapporte l'histoire assez intéressante d'un malade, auquel il avait enlevé trois ans auparavant une tumeur sublinguale, dont la consistance ressemblait à celle du miel, et qui, à la suite d'un fort mal de dents, fut pris d'une tuméfaction identique à la première, mais envahissant en outre du dessous de la langue une partie de la gorge et de la région sus-hyoïdienne. Un traitement antipituiteux dissipa les accidents. S'agissait-il d'un œdème inflammatoire ou d'un épanchement de salive dans le tissu cellulaire?

Enfin (obs. LXXIV), Platter a relaté le cas d'un vieillard qui eut, au cours d'une pleurésie, une angine si violente que la déglutition et la respiration ne s'accomplissaient plus qu'avec grande difficulté, malgré l'absence de signes physiques au pharynx. La mort ne

tarda pas à survenir. Il est probable qu'il s'agit ici d'une dysphagie *réflexe*, comme on en voit au cours de certaines pleurésies et surtout d'épanchements péricardiques.

16. — RIVIÈRE.

Dans l'excellent recueil de Rivière, on trouve mentionnée une esquinancie caractérisée par l'apparition des nombreuses vésicules sur la langue. Pensant à une métastase de sérosité âcre sur cet organe, l'auteur prescrivit des purgatifs énergiques au jalap et le malade guérit (cent. IV, obs. XXIV, p. 171).

Dans un autre cas (cent. IV, obs. LXXVI), il s'agit d'une amygdalite très violente avec ulcère consécutif très douloureux. Ces ulcères d'origine inflammatoire sont fréquemment signalés par les auteurs de cette période. Il s'agissait tantôt de l'ouverture d'un abcès non guéri, tantôt d'une perte de substance par élimination d'escarre gangreneuse; quand rien n'est indiqué, il est probable qu'on se trouvait en présence, tantôt d'une fausse membrane, tantôt d'une angine lacunaire.

Rivière dit (cent. III, obs. LXXII) avoir vu une esquinancie avec rougeur et tuméfaction de tout le pharynx, jusque vers l'œsophage; la déglutition étant devenue totalement impossible, on eut recourt à l'alimentation par la sonde œsophagienne et peu à peu les symptômes inflammatoires disparurent.

Il a observé (cent. IV, obs. IX) un abcès énorme du pharynx rompu spontanément dans cette cavité dont il bouchait entièrement l'orifice, au point que la dyphasie était absolue. Rivière attribue tout le succès à l'usage de l'eau dite *benedicta*.

17. — TULPIUS.

Tulpius a publié un cas assez intéressant de dysphagie tenace chez une femme de quarante ans, qui succéda, dit-il, à une attaque d'hystérie. La déglutition était si gênée, que les liquides eux-mêmes avaient la plus grande difficulté à passer. Pensant à une paralysie de la gorge, les médecins qui la soignèrent tout d'abord badigeonnèrent la cavité de celle-ci avec des substances âcres ; mais cette manœuvre, loin de chasser la pituite qui imprégnait les muscles du pharynx et de l'œsophage, ne fit qu'amener un accès de suffocation très intense (spasme pharyngo laryngé ?). Tulpius eut alors recours à la sonde œsophagienne, comme l'avait recommandé antérieurement Capivaccius (lib. l, cap. LIV). Il chercha ainsi à nourrir malgré tout la malade à l'aide de bouillons injectés dans la sonde ; comme la chose s'effectuait assez mal par le haut, il se décida à recourir aux lavements nutritifs et il cite à l'appui de son procédé les autorités d'Avenzoar et aussi d'Oribase (?) et de Celse (?). Il aurait pu rappeler avec plus de raison Amatus Lusitanus, Avenzoar. Quoi qu'il en soit, rien ne réussit et, bien que la malade ne présentât ni rougeur, ni tuméfaction de la gorge, elle succomba sept jours après le début des accidents.

18. — MARCHETTIS.

Marchettis a signalé chez un enfant d'un mois un gonflement inflammatoire des glandes du cou, gênant beaucoup la déglutition et menaçant d'entraîner la mort ; car le nourrisson ne pouvait plus avaler de lait. Après

avoir prescrit sans résultat des frictions locales et des pédiluves, Marchettis se décida à faire poser sur les épaules du petit malade quatre ventouses scarifiées ; la guérison s'ensuivit. On avait retiré deux onces de sang ; ce qui était une grande audace pour l'époque (les anciens avaient en effet formellement interdit l'émission sanguine à cet âge).

L'auteur rapporte (obs. XXVII) un cas assez étrange qu'il nous paraît avoir mal interprété et qui semble être un polype nasopharyngien méconnu ayant poussé dans le nez deux prolongements (un pour chaque cavité nasale) jusqu'au voisinage des narines. On incriminait une contusion (chute) pendant l'enfance ; peu à peu le nez se serait bouché à la suite d'ulcères sur lesquelles de grosses masses charnues auraient pris naissance. Marchettis constata que l'organe était complètement obstrué d'un côté ; de l'autre, le malade pouvait respirer un peu à certains moments. Il se décida à créer un passage dans ce « faux polype (1) » qui avait la dureté de l'os. Pour cela, il employa le fer rouge ; et, comme le malade ne pouvait en supporter longtemps l'emploi, on fit vingt séances successives pendant une durée de vingt jours. Marchettis créa ainsi une sorte de tunnel assez large, qui donnait facilement accès à l'air. La réaction inflammatoire assez violente fut calmée par des topiques anodins (onguent rosat); puis, pour assurer la cicatrisation, on eut recours au bol d'Arménie, à la corne de cerf brûlée, etc. Il agit de même de l'autre côté. Le malade put enfin respirer facilement des deux narines. Le passage une fois cicatrisé se maintint ; on put par l'intro-

(1) Spurius (Voy. Tumeurs dans les conclusions).

duction de canules redonner aux parties leur aspect naturel. Le cinquantième jour, la guérison était complète.

L'auteur a observé (obs. XXIX), chez un vieillard de quatre-vingt-quatre ans, une récidive de cancer de la lèvre inférieure; au début, il était gros comme un œuf de poule et fût néanmoins opéré avec succès. Pendant trois ans, la guérison se maintint; mais, au bout de ce temps, une récidive se fit au gosier (base de la langue ?) et le malade ne tarda pas à succomber. Ceci n'étonna pas Marchettis; il savait, dit-il, par expérience et d'après l'opinion des auteurs, que si on enlève un cancer à un endroit, il repousse à un autre.

19. — STALPAERT VAN DER WIEL

Stalpaert van der Wiel, qui a publié un recueil d'observations si intéressantes au point de vue clinique et anatomopathologique, nous fournit quelques faits ayant trait à la pathologie pharyngée.

Il rapporte (obs. XXV) l'histoire de la surveillante de l'hôpital de Schweeningue, qui, atteinte d'angine phlegmoneuse diffuse, ne put absolument rien avaler pendant neuf jours. A ce moment, deux abcès crevèrent et la malade fut sauvée.

Il signale (obs. XXIV) les désordres survenus à la cavité buccopharyngée, à la suite de l'éclatement d'une arme à feu dans la bouche; le coup ayant raté, il y eut surtout des phénomènes de brûlure.

L'auteur cite (obs. XXII et XXI) deux cas de corps étrangers des voies digestives supérieures, l'un mortel (anneau avalé par un petit enfant), l'autre de terminai-

son non moins funeste et assez intéressant par l'objet dégluti (tuyau de pipe cassé) et par l'évolution. Il se forma au cou une collection purulente, dans laquelle le corps étranger était en partie engagé, ainsi qu'on le constata à l'autopsie. Blemius, dit-il à ce sujet, aurait vu un fait identique, mais qui n'eut pas une fin si tragique. Il se produisit, comme dans le cas de Stalpaert, un abcès situé au niveau de l'angle de la mâchoire; on l'incisa et on retira de la cavité de la collection purulente un petit fragment de tuyau de pipe. C'est, comme on le voit, un des rares exemples, dans lesquels le corps étranger arrive à être éliminé au dehors par suite de suppuration.

20. — SCHENKIUS

Schenkius a composé, à l'aide d'extraits empruntés aux auteurs grecs, arabes, aux historiens, mais surtout aux écrivains du XVIe siècle, un ouvrage très volumineux et très important, qu'il est indispensable de consulter pour se rendre compte de l'ampleur des connaissances de son époque sur les différents points de la pathologie pharyngée. Il fait du reste assez souvent preuve d'originalité et d'esprit critique, et encadre parfois ses extraits dans une analyse générale qui lui est bien personnelle.

Ainsi, il expose longuement les idées d'Hippocrate, de Galien, de leurs principaux successeurs, de ses contemporains sur l'angine suffocante sans lésions apparentes, et indique, chemin faisant, la thérapeutique qui lui convient. Il signale à ce sujet un cas de Jacobus Œtheus, où, grâce à des moyens convenables, on parvint à arrêter complètement la fluxion sanguine vers l'organe malade.

Les observations qui suivent montrent quel est le danger de cette cynanche. Dans le cas de Brassavola, la mort survint en huit heures, malgré quatre saignées successives. D'autre faits semblables sont empruntés à Fernel, à Amatus Lusitanus, à Forestus. Trincavella a rapporté enfin, dit-il, l'histoire d'une femme qui, ayant pris un vomitif solide (bols de casse) au lieu d'un liquide, comme il convenait dans une angine de moyenne intensité, eut des contractions si violentes des muscles de la gorge qu'elle succomba aussitôt asphyxiée (spasme ou corps étranger laryngé). Quelquefois cependant une heureuse intervention chirurgicale, en débarrassant le malade d'une collection profondément placée, peut assurer la guérison dans les cas les plus désespérés. L'auteur cite à ce propos le fait de Camerarius, où une incision de la base de la langue amena une terminaison favorable. D'autres fois, l'ouverture de la collection se fit spontanément comme dans une observation de Valeriola (cas de Richard Sabatier). D'autre part, Alexandre Benedictus eut un succès inespéré chez un vieillard, en saignant à temps les veines du pli du coude. Puis, viennent des extraits empruntés à différents auteurs sur le traitement médical et chirurgical des angines, dont nous ne nous occupérons pas, pour ne pas nous exposer à des redites.

Les affections du palais sont au contraire intéressantes à étudier chez Schenkius.

Perforation du palais. — Schenkius rapporte le cas d'un bombardier déjà signalé par Ambroise Paré, dont presque tout le palais osseux fut détruit par la syphilis. Il fait remarquer que Fallope, Trajanus et Amatus Lusitanus ont signalé des faits semblables.

Caroncule (?) du palais. — Platter rapporte, d'après

Schenkius, dans son recueil, un cas d'excroissance charnue siégeant au palais à la hauteur de la dernière molaire. Elle était pédiculée et datait de la naissance.

Cancer blanc de la gorge. — Un malade fut atteint d'après Paré d'un cancer blanc de la langue et de la gorge, dit cancer blanc du coq, qui s'ulcéra bientôt et amena la mort en empêchant la déglutition (Paré, liv. XXII, cap. xvii). Ne s'agissait-il pas en réalité d'un cas de glossite du type leucoplasique? A ce sujet, Schenkius rapporte plus loin l'observation d'Amatus Lusitanus ayant trait au cancer secondaire de la gorge (Voy. texte). Un cas semblable est emprunté à Baldus Rossius. Il s'agit d'une femme ayant une tumeur (sarcome ?) de la machoire supérieure qui avait peu à peu envahi le palais, le voile, les amygdales et gènait la respiration, ainsi que la déglutition, par son volume énorme. La tumeur était d'une dureté remarquable ; les cautérisations des empiriques n'avaient fait qu'aggraver le mal et provoquer des hémorragies abondantes. Paracelse, dit-il, a décrit manifestement cette tumeur sous le nom d'*alcola*, c'est-à-dire de superfluité de chair. On se débarrassa de la plus grande partie du néoplasme pendant dans la cavité par une ligature qu'on resserra de plus en plus les jours suivants jusqu'à section complète : puis, on eut recours aux gargarismes détersifs appropriés avec un succès apparent. Les deux dernières observations relatent le fibrome nasopharyngien d'Albucasis et les verrues linguales de Donatus.

Corps étrangers. — Schenkius énumère tous les faits historiques se rapportant à d'illustres personnages de l'antiquité, tels que Tarquin l'Ancien, Sophocle, Anacréon, Terpandre, Drusus Pompeius, l'empereur Claude,

le sénateur Fabius, puis une série d'observations, soit personnelles, soit empruntées aux auteurs contemporains, et démontrant qu'un corps étranger pénétrant dans la gorge (et de là dans les voies aériennes) peut déterminer une mort subite. Il s'agit, le plus souvent, d'enfants ayant avalé par mégarde un fruit entier ou tout autre objet qu'ils tenaient dans la bouche. Le siège trachéal est indiqué nettement un certain nombre de fois. Chez un petit israélite, la mort, au lieu d'être subite, ne survint qu'au quatrième jour, après avoir déterminé toute une série de crises de suffocation épouvantables avec quintes de toux très violentes. Cet enfant présenta en un mot les symptômes décrits par les auteurs, lorsque le corps étranger se déplace sous l'influence des mouvements respiratoires. Le cas est emprunté à Marcellus Donatus. D'autre part, Gilbertius, dit-il, a raconté l'histoire d'un pêcheur, qui, ayant capturé une perche, mit la tête par plaisanterie dans sa bouche. Le poisson lui échappa et s'enfonça dans le gosier ; ce qui amena aussitôt la mort par étouffement. Camerarius raconte une histoire assez semblable. Il s'agit d'un fou qui avala tout vif un poisson contenu dans un réservoir. Ce dernier fut arrêté dans l'œsophage par la saillie de ses nageoires. Il en résulta une crise de suffocation mortelle.

Tumeurs diverses ayant déterminé la mort par étouffement. — Schenkius cite le cas d'un malade qui était tourmenté d'accès de suffocation redoutables. A l'autopsie, on reconnut, dans l'intérieur du larynx, l'existence d'un polype de la grosseur d'une noix; le fait est emprunté au théâtre anatomique de Zwingérius (vol. II, liv. VII, p. 515, dernière édition).

Il parle ensuite du petit malade de Platter, âgé de

cinq mois, à l'autopsie duquel on trouva, à la partie inférieure et externe de la gorge, près des amygdales, une tumeur de la grosseur d'une once, pédiculée, spongieuse, parcourue par de grosses veines et adhérente à la jugulaire interne.

Calculs des tonsilles.— Après avoir cité le cas de Lange (Voy. plus haut), Schenkius, rapporte une autre observation de calcul amygdalien empruntée à Jessenius. La glande douloureuse et très tuméfiée gênait la respiration et la déglutition. Pour résoudre le gonflement, un chirurgien barbier avait inconsidérément conseillé l'usage des topiques astringents (grenade, alun, etc.). La pituite, enfermée ainsi dans la partie malade et irritée, laissa, comme c'est souvent le cas, dit Jessenius, un dépôt gypseux. L'usage des maturatifs (figues sèches, raisins secs, décoctions de mauves, etc.), en même temps qu'il apaisait les phénomènes douloureux, permit à une collection purulente de se former, et le malade expulsa à l'ouverture de celle-ci, dans une quinte de toux, une masse pierreuse assez grosse. L'ulcère consécutif à la rupture de l'abcès fut rapidement cicatrisé par un traitement convenable (cautérisants et siccatifs).

Angine lacunaire. — L'inflammation, dit Schenkius, peut faire largement entre-bâiller, prolaber et saillir, en quelque sorte, certaines ouvertures que les tonsilles possèdent naturellement. Ces ouvertures devenant plus béantes que d'habitude sont prises souvent pour des ulcères, comme l'ont fait remarquer Fallope et Joubert. Du reste, la tuméfaction générale de la glande et l'inflammation du pourtour de ses orifices ont bientôt fait en général de les fermer. Comme on le voit d'après cette description, il s'agit bien de l'angine lacunaire. L'auteur

a signalé même la période qui transforme les lacunes en une sorte de kyste.

Abcès tonsillaires et corps étrangers. — Schenkius se borne à signaler les phénomènes principaux et rapporte le cas de Dodonœus où l'abcès s'ouvrit au-dessous des oreilles de chaque côté du cou. Les corps étrangers sont l'objet de quelques observations peu intéressantes et que nous avons rapportées déjà autre part (Voy. Forestus).

Trachéotomie. — Schenkius a consacré un long historique à cette importante question. Il rappelle le conseil d'Asclépiade dans les cas d'esquinancie avec étouffement grave, la technique opératoire indiquée par Paul d'Égine, l'approbation d'Avicenne et d'Albucasis, la blessure de la trachée rapportée par ce dernier auteur et qui guérit sans grande difficulté, l'opération exécutée par Avenzoar sur une chèvre, etc. Puis, il intercale un long et intéressant extrait de la chirurgie de Guillaume Placentius. Cet habile praticien aurait ainsi sauvé à Ferrare un malade atteint d'esquinancie et qui allait étouffer. Le chirurgien-barbier avait refusé d'intervenir, de telle sorte que Placentius dut tout faire par lui-même. Un grand concours de peuple et le duc lui-même, Alphonse III, vinrent contempler la plaie trachéale par laquelle on faisait la respiration. Cet auteur a vu une cicatrice comprendre plusieurs anneaux de la trachée, chez le bouvier du prince, qui, ayant été incarcéré pour un grave méfait, tenta de se suicider en s'ouvrant la gorge. Ceci, dit-il, prouve que les plaies des cartilages peuvent guérir, bien qu'on ait longtemps soutenu le contraire. Il fait ressortir ensuite la grande cruauté qu'il y a de laisser périr les malheureux atteints d'angine suffocante, au lieu de les sauver par une opération dan-

gereuse sans doute, mais qui peut leur rendre la vie. Il veut qu'on opère entre les troisième et quatrième anneaux de la trachée. Certains médecins avaient proposé, pour favoriser l'arrivée de l'air, un procédé purement *théorique* et inapplicable en réalité. Placentius en dit quelques mots. On devait pratiquer trois ou quatre incisions arrondies, deux à gauche et deux à droite. Placentius n'a pas écouté ces conseils; il a exécuté chez son malade une incision transversale unique, d'après la méthode de Paul d'Égine.

21. — RICHARD MEAD.

Dans ses *Monita et præcepta medica*, où il décrit les principales maladies au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique générales, Richard Mead, tout en rappelant les nombreuses variétés d'esquinancies admises par les auteurs et justifiées du reste, dit-il, par des différences de topographie et de symptômes, conclut que trois angines seulement méritent, par leur gravité, de fixer vraiment l'attention des praticiens; ce sont l'esquinancie aqueuse, l'esquinancie suffocante et la gangrène des amygdales.

L'esquinancie *aqueuse*, caractérisée par un œdème inflammatoire considérable de l'isthme, etc., est manifestement l'angine avec signes physiques des anciens.

L'esquinancie *suffocante* représente de même la cynanche des médecins grecs. En effet, cette affection, tout en ne présentant aucune lésion apparente, détermine une dyspnée intense, qui peut tuer en moins de sept heures, malgré l'emploi de la saignée, ainsi que Richard Mead en a vu un exemple. A l'autopsie du sujet, la gorge

(pharynx, larynx) semblait normale. Mais, il y avait saillie notable des veines, et les vaisseaux de la région étaient remplis d'un sang noir et épais. L'auteur croit que les parties malades sont alors prises d'un spasme tel que leur resserrement exagéré étouffe les malades (spasme de la glotte ou œdème aigu des replis aryténo-épiglottiques ?).

La *gangrène des amygdales* est si dangereuse qu'il ne faut pas hésiter à pratiquer sur ces organes trois ou quatre incisions longues et profondes ; puis, on prescrira des gargarismes maturatifs aux figues sèches. Plus tard, la marche serpigineuse et rapidement envahissante du mal rendent tous ces soins inutiles. Il ne faut pas se fier au peu d'intensité de la fièvre ; l'affection peut être très dangereuse, malgré une augmentation très légère de la température. Il vaut mieux baser son pronostic sur la faiblesse et l'inégalité du pouls, à la dépression des forces, à l'angoisse, l'inquiétude générale, les sueurs froides, etc. Cette maladie se rencontre surtout chez les enfants, comme le fait remarquer Arétée, qui, ajoute-t-il, l'a fort bien décrite. Il renvoie, pour plus de détails, à la monographie de Marc-Aurèle Severin, dont il fait un grand éloge. En somme, il s'agit de la diphtérie.

II. — AUTEURS AYANT ÉCRIT SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU PHARYNX

La pratique des autopsies, usitée dès le début de la Renaissance et qui a enrichi la médecine de faits si curieux, devait être de quelque utilité à l'anatomie pathologique. Toutefois, il faut reconnaître que les matériaux sont encore peu abondants.

On trouve d'abord dans divers recueils d'observation, dans certains traités d'anatomie (Fallope, Riolan, Bartholin, Ruysh) quelques faits intéressants.

Vers la fin du XVIIIe siècle, vers le milieu du XVIIe paraissent deux ouvrages de grande valeur, où sont relatés d'une façon systématique les résultats des nécropsies. C'est le *Sepulchretum* de Bonnet et les lettres de Morgagni *(De sedibus morborum)* adressées à la Société royale de Londres. Les travaux des auteurs précédents y sont relatés et des observations nouvelles les complètent.

Nous allons analyser ces deux ouvrages. Leur valeur est certes inégale. Morgagni l'emporte de beaucoup; mais il ne faut pas oublier qu'il a pu utiliser le *Sepulchretum* et que celui-ci est une des plus riches mines de faits qu'on connaisse. L'érudition en est prodigieuse.

1. — BONNET.

Dans son célèbre *Sepulchretum*, Bonnet, redisons-le, expose, à côté de ses observations personnelles, toutes

les lésions organiques que les auteurs de la Renaissance et du XVIIe siècle avaient constatées au cours de leurs nombreuses autopsies.

Sans doute, il se glisse là bien des erreurs, bien des interprétations fausses. D'ailleurs, le manque de méthode péciser rend impossible une bonne anatomie-pathologie macroscopique, comme celle de Cruveilhier au commencement du XIXe siècle. Ainsi, tous les organes ne sont pas soigneusement passés en revue ; on ne sait pas toujours distinguer les lésions *post mortem* (cadavériques), de celles qui existaient pendant la vie, etc. Néanmoins, les matériaux abondent déjà sur bien des points (poumons, cœur, reins, foie, etc). Malheureusement, à cette époque déjà, le pharynx n'est pas aussi bien partagé que d'autres viscères. Cette pénurie pourrait s'expliquer par ce fait que, sauf dans les cas exceptionnels (œdème de la glotte, croup), la mort est rarement le résultat de l'angine. Cependant des faits importants furent déjà constatés.

Il nous semble inutile d'insister sur les abcès tant internes qu'externes. Bonnet n'a fait qu'emprunter ces cas à des auteurs analysés ailleurs. Nous n'étudierons ici que les dysphagies d'origine extrapharyngée et les obstacles mécaniques à la déglutition (Tome II).

a. — Dysphagies d'origine extrapharyngée.

La fausse conception primitive, qui considérait la dyspnée comme le symptôme presque primordial de l'angine et la dysphagie comme un élément relativement secondaire, devait faire errer aussi l'anatomie pathologique.

Bien qu'Arétée, parlant de certaines affections thora-

ciques, eût rapporté des troubles de respiration et de déglutition, imputables, pense-t-il, à la suffocation et non à l'angine, bien que Galien, dans son traité sur la dyspnée, eût énuméré longuement ces causes d'erreur, peu à peu les médecins en étaient venus à faire rentrer dans l'angine des affections dans le siège était tout autre que le pharynx ou le larynx, transformant ainsi l'esquinancie en un véritable syndrome. Cette tendance, déjà visible au moyen âge (Voy. Brunnus), s'accentua à la Renaissance, grâce à l'observation célèbre de Dodonœus (Voy. plus haut), où un simple foyer inflammatoire pulmonaire, *sans toux*, *ni point de côté*, coïncidait avec de la dysphagie et de la dyspnée, avec sensation d'endolorissement au larynx.

Bonnet accepte les vues de Dodonœus. Il rappelle que, d'après cet auteur, des humeurs peccantes, descendues de la tête, auraient rapidement glissé le long de la trachée et des bronches, pour s'arrêter au poumon. Suivant Dodonœus, dit-il, l'endolorissement, qu'il a fréquemment constaté au larynx des pneumoniques, démontre ce passage. Bonnet ajoute à ce propos que l'*œsophage*, au contraire, *est rarement envahi* : « Si le mal descend, dit-il dans cet organe, ce qui est rare, il y a une douleur intense tout le long de ce conduit et la déglutition est très troublée ; par contre, la respiration est peu gênée. » Plus loin, il admet, contrairement à P. Barbette, que l'inflammation gagne exceptionnellement les cartilages du larynx et que, dans ce cas, l'affection est beaucoup plus grave que si elle est limitée aux parties molles. Cette *immunité relative de l'œsophage et de l'élément cartilagineux* est exacte et cette constatation fait honneur à Bonnet.

Mais le poumon ne serait pas le seul siège extrapharyn-

gien et extralaryngien de la synanche. Dans le livre premier (sect. XVII, obs. III), Bonnet relate une observation d'angine (?), caractérisée par des lésions pulmonaires de nature inflammatoire avec suppuration des thymus. Selon lui, ces altérations thymiques pouvaient, en comprimant l'œsophage et la trachée, amener les deux symptômes primordiaux de la synanche : dyspnée, dysphagie. Ce cas, ainsi que les conclusions de l'auteur, frappèrent beaucoup les médecins contemporains. L'hypothèse de Bonnet fut généralement acceptée et, jusque dans les écrits de Boerhaave et de Sauvage, on admit une angine thymique. En raison de son importance historique, il convient d'analyser un peu l'observation de ce malade.

Il s'agit d'un soldat suisse, âgé de cinquante ans. Atteint peu auparavant d'une hernie inguinale, il s'était soumis à la cure radicale de l'époque, c'est-à-dire à la castration (sept. 1677). Trois semaines après, la cicatrisation était fort avancée et il commençait à se promener, quand il fut pris subitement de dysphagie et de dyspnée. Au troisième jour, Bonnet trouve la base de la langue noirâtre (*atro carbone nigrior*), les mouvements du thorax précipités et très pénibles (tirage), de l'oppression, de la suffocation, bien que la température de son corps fût froide. En l'absence des symptômes angineux habituels, la noirceur remarquable de la langue fit admettre l'existence d'une gangrène interne siégeant probablement dans le poumon. Douze heures après, le malade succombait. A l'autopsie, on trouva la plaie inguinale en bonne voie de guérison. Le cou fendu sur la ligne médiane laissa à découvert la trachée-artère et l'œsophage sains. Mais le thymus était très volumineux, rempli d'un sang

noir et comprimait la trachée et l'œsophage ; à l'incision, il s'en écoula de la sanie. Les poumons étaient malades sur une grande étendue, livides, couverts d'ecchymoses ; on constatait vers leur partie postérieure, attenante à la colonne vertébrale, des signes de gangrène. La nécropsie ne put être plus complète de ce côté, à cause de la proximité de la cérémonie funèbre ; mais, dit Bonnet, les lésions constatées suffisaient amplement pour expliquer la symptomatologie observée. Sur la fin, rappelle-t-il, le malade ne pouvait plus émettre que les voyelles *a* et *e*, les plus faciles à prononcer du reste, comme le démontre la physiologie. Le diaphragme étant noirâtre en quelques points, on en conclut qu'une certaine part dans la dyspnée lui revenait probablement. Bonnet remarque du reste, après Galien, combien il est exceptionnel de constater des vestiges du thymus chez l'adulte. Il attribue, ce qui est intéressant, les phénomènes observés à la castration ; car, dit-il, Hippocrate a montré que les organes vitaux sont en relation étroite avec ceux de la génération (Épidémies). Aujourd'hui, on conclurait probablement qu'il y a eu métastase septique dans le thymus et lésions asphyxiques dans le poumon, atteint en outre d'embolies gangreneuses.

b. — Obstacles mécaniques à la déglutition.

Bonnet (Tome II, liv. III, sect. VI) signale un exemple bien extraordinaire de corps étranger de l'amygdale. Il rappelle que cette glande peut présenter un orifice très grand qui, d'après Fallope, peut être pris pour un ulcère. Dans ce trou, dit-il, peut se loger un corps étranger. Il cite, à ce propos, l'histoire d'une paysanne qui, mangeant

goulûment des pruneaux, fut prise tout à coup d'une vive douleur; son amygdale gauche gonfla énormément, gênant à la fois la déglutition et l'accès de l'air. Bonnet abaissa fortement la langue, mais ne put rien voir. Il conseilla des émollients et quelques jours après, un abcès ayant crevé, il y eut élimination du noyau.

Plus loin (*id.*, obs. IV) il cite un cas plus surprenant encore d'amas graisseux, qui comprimait la trachée et l'œsophage et amena la mort. S'agissait-il d'un lipome? Cette tumeur n'était pas encore signalée. L'auteur peut n'avoir pas su en démêler l'existence.

Une petite fille (*id.*, obs. VI), atteinte d'absence congénitale à peu près complète du voile et des amygdales, ne pouvait têter et rendait le lait par le nez; aussi, ne tardat-elle pas à succomber à l'inanition. Ce cas est emprunté à Ph. Silmuth (cent. II, obs. V. Observat. rare).

L'auteur (*id.*, obs. VI) emprunte à l'anatomie pratique de Barbette un passage, d'où il appert que déjà on connaissait les troubles de déglutition causés par les lésions de l'épiglotte. Quand ce cartilage est ulcéré ou induré, il en résulte, dit-il, des troubles intenses et incurables du côté de cette fonction.

Chez une jeune fille, la dysphagie et la dyspnée, comme la nécropsie le démontra, dépendaient d'une tumeur stéatomateuse (sarcome) siégeant à la partie inférieure du cou, entre la trachée et l'œsophage.

Enfin (*id.*, obs. VII) Bonnet signale chez un jeune homme une tumeur du voile qui prit un tel développement qu'elle combla presque le gosier et que le malade périt étouffé ; pas de renseignements nets sur la situation du néoplasme.

2. — MORGAGNI.

Les renseignements fournis par Morgagni sur les maladies de la gorge sont intéressants, mais disséminés sans ordre dans des lettres (4, 14, 22), qui s'occupent en même temps de lésions d'autres organes. Aussi sont-ils assez difficiles à trouver. Ils sont en réalité répartis sous deux rubriques différentes :

1er Amygdales et voile.

2e Angine.

Amygdales. — Après avoir signalé rapidement l'existence des inflammations, des abcès, des polypes, qui, dit-il, n'ont rien de spécial pour cet organe, il s'occupe de l'hypertrophie de ces glandes, du volume énorme qu'elles peuvent acquérir, de leur consistance squirrheuse, des troubles mécaniques qu'elles entraînent par leur grosseur exagérée. Il est d'avis qu'on n'y touche qu'avec précaution. Il a vu en effet une amygdale ainsi tuméfiée devenir après l'ablation d'une grosseur monstrueuse; l'induration envahit les autres parties voisines et le malade ne tarda pas à succomber. Il s'agissait évidemment, non d'une hypertrophie vulgaire, mais de tumeur maligne. Quelques mots seulement sur la luette, qui, dit-il, peut être trop courte, trop longue, se tuméfier, etc.

Angines. — On le sent gêné par l'insuffisance d'autopsies. Il se plaint amèrement de cette disette de matériaux, et s'étonne qu'une maladie aussi dangereuse ait suscité si peu de recherches. Il en est réduit d'abord à emprunter aux *Éphémérides des curieux de la nature* une observation de Stegmann (vol. VI, obs. 169, N S),

relatant une épidémie d'angine chez des chiens; le cou était tuméfié et les muscles du gosier étaient enflammés (Voy. *Epist.* IV). Plus loin cependant (*Epist.* XIV), il rapporte l'autopsie d'un homme mort d'une angine suraiguë en trois jours malgré de nombreuses saignées. La langue épaisse était parcourue par des vaisseaux manifestement dilatés. Les amygdales étaient augmentées de volume; la membrane qui les recouvre (muqueuse) était infiltrée d'une sérosité consistante gélatineuse. La pression faisait sourdre du pus. La gauche comprenait une collection purulente. Le pharynx était rougeâtre, sa muqueuse congestionnée et infiltrée, ainsi que celle du larynx. On constatait aussi quelques traces d'inflammation dans la trachée. Le maximum des lésions inflammatoires se trouvait certainement à l'épiglotte tuméfiée sur ses deux faces, mais principalement sur les côtés, où il y avait deux saillies analogues comme couleur et volume à un condylome.

Il rapporte aussi que des médecins italiens ont rencontré, à l'autopsie, dans des cas d'angines, les amygdales et le voile gangrenés.

Morgagni n'a pas donné d'observations personnelles d'angine diphtérique avec nécropsie; mais il a rappelé ce qu'on savait sur ce sujet, et cela se réduisait à peu de chose. Marc-Aurèle Severin dont nous parlons autre part (Voy. dipthtérie) et que Morgagni blâme avec raison de ne pas avoir pratiqué plus de nécropsies, quand il le pouvait si facilement, s'était borné à envoyer à Francfort le résultat d'une investigation cadavérique, au moment où on allait tirer dans cette ville son célèbre ouvrage. L'envoi arriva trop tard pour être placé à la place convenable. On l'ajouta en *addendum*; ce qui fit que la note

passa à peu près inaperçue, bien qu'elle eût été reprise par le *Sepulchretum.* La rédaction très négligée permet cependant de reconnaître que le larynx était recouvert d'une couenne blauchâtre épaisse. Depuis, dit Morgagni, on ne possède que les recherches publiées en France, en 1757, par le docteur Arnaud, qui, ayant assisté à une épidémie d'angine maligne, a relaté ce qu'il a trouvé sur les cadavres ; il renvoie à cette communication.

III. — PROCESSUS MORBIDES SPÉCIFIQUES

Grippe et syphilis, Diphtérie, scarlatine, variole et rougeole.

Introduction.

Les angines épidémiques et spécifiques ne furent réellement étudiées que pendant les temps modernes; cependant il est bon de rappeler les quelques données fournies par les anciens, d'autant plus que celles-ci sont fréquemment invoquées par les auteurs du XVI[e] et du XVII[e] siècle.

A. — *Période ancienne.*

Thucydide, relatant la peste d'Athènes, signale parmi les symptômes morbides des troubles gutturaux, qui ont fait croire à Malfati qu'il s'agissait d'une scarlatine maligne.

Hippocrate a signalé des esquinancies qui régnaient d'une façon épidémique (*Aphorismes*, Épidémies, Voy. Tome I, p. 132). Mais rien ne peut permettre de conclure d'une façon affirmative qu'il s'agissait de diphtérie ou de scarlatine, les infections septiques pouvant déterminer des symptômes analogues à ceux qu'il décrit.

Arétée, par contre, a manifestement connu et décrit (Tome I, p. 182) l'angine pseudo-membraneuse.

D'autre part, on trouve, dans la compilation d'Aétius,

un passage d'Hérodotus (qui vivait à Rome sous le règne de Trajan), où il est fait mention d'une esquinancie s'accompagnant d'une éruption cutanée analogue à l'érysipèle. On ne sait s'il s'agissait de la rougeole, de la scarlatine, ou simplement du purpura.

Galien n'a observé, ni la variole, ni la rougeole, ni la scarlatine, quelles que soient les affirmations des médecins arabes à cet égard.

Rhazès, Hali-Abbas (1), Avicenne ont noté sans conteste des cas de variole et de rougeole et relaté leurs déterminations pharyngées (Voy. Tome I, p. 110). Mais il est impossible d'affirmer qu'ils aient vu des scarlatines. Il se peut cependant qu'ils aient confondu cette affection avec la rougeole. Toutefois, les passages auxquels certains auteurs font allusion sont si confus qu'aucune conclusion définitive n'est admissible.

Ajoutons qu'Avicenne a étudié les complications gutturales de la peste, de certains états typhoïdes (dothiénentérie ou typhus exanthématique ? Voy. Tome I, p. 110).

Avenzoar, de son côté, a mentionné les gangrènes buccopharyngées qu'on observait parfois au cours du mal des ardents (Voy. Tome I, p. 116). Les auteurs du moyen âge nous donnent de nouveaux renseignements sur ces sortes de complications des maladies pestilentielles.

B. — *Période moderne.*

Avec la Renaissance, les choses changent de face et les angines diphtériques, bien oubliées depuis Arétée, ainsi que les déterminations pharyngées secondaires de cer-

(1) Hali-Abbas décrit en effet une fièvre mixte, intermédiaire en quelque sorte, entre la variole et la rougeole.

taines maladies infectieuses épidémiques ou sporadiques (scarlatine, variole, rougeole, influenza, peste, syphilis, etc.), commencent à être décrites d'une façon véritablement scientifique. Nous aurons à étudier successivement :

1° L'angine diphtérique ;

2° L'angine scarlatineuse;

3° Les déterminations pharyngées de la variole et de la rougeole ;

4° Celles de l'influenza (fièvre catarrhale, etc.);

5° Celles de la syphilis ;

I. — AUTEURS AYANT ÉCRIT SUR LA DIPHTÉRIE

Disparue, paraît-il, pendant une longue période, après avoir ravagé dans les deux ou trois premiers siècles de notre ère la basse Égypte (les papyrus hiéroglyphiques ne font pas mention de cette maladie) et la Cœlésyrie (Voy. Tome I, p. 183 et 214), la diphtérie ne fut de nouveau signalée qu'au moment de la Renaissance. Ses méfaits furent notés pour la première fois, paraît-il, dans les régions rhénanes.

En 1517, Sébastien Franc de Werd dit avoir vu en Hollande des angines fort graves qui faisaient périr un grand nombre de personnes. Il aurait signalé des sortes de moisissures sur la langue et dans la gorge (Bayeux), qui gênaient beaucoup la déglutition des aliments. L'ensemble des symptômes généraux ressemblaient à ceux de la peste.

Paracelse décrit plus nettement l'affection (Voy. plus haut) et signale même les fausses membranes des plaies cutanées.

Forestus observa, à Alckmaer, en 1557, une épidémie pesteuse, au cours de laquelle sévirent des esquinancies très dangereuses avec gangrène, haleine fétide, etc. Lui-même en fut atteint ; mais il parvint à réchapper bien que la mortalité fut très forte.

En 1565, Jean Wierus mentionne une épidémie d'angine comparable, comme gravité, à la peste. Tous les pays arrosés par le Rhin furent ravagés par le fléau.

En France, Baillou constata, à l'autopsie de malades ayant succombé à l'asphyxie sans grands symptômes réactionnels, des concrétions muqueuses membraniformes sur les parois de la trachée.

Vers 1580, le mal envahit la péninsule ibérique, où il tendit bientôt à se généraliser (Voy. Herrera). Pedro Diaz de Tolédo y fit allusion (Bayeux) dans son traité des maladies des enfants. Lobera de Avila en dit quelques mots, ainsi que Francesco Valles et Jeronimo Soriano (1600). Mais, c'est Juan de Villaréal qui publia la première monographie véritablement scientifique sur l'angine diphtérique, que les Espagnols appelaient *Garrotillo* (*morbus strangulatorius*). Puis, vient la description si remarquable de Mercado, celle de Perez Cascales, plus confuse, trop scolastique, mais qui contient quelques indications thérapeutiques intéressantes. L'ouvrage d'Alonzo Fontecha n'est pas intéressant (Bayeux) ; mais il n'en est pas de même de celui de Herrera, malgré tous ses défauts. Alfonzo Nunez, fréquemment cité par Heredia, ne mérite guère cet honneur. Il se permit à tort de critiquer Mercado qui lui reste bien supérieur.

Juan de Soto, analysé par Bayeux, semble avoir fort bien étudié le Garrotillo ; malheureusement, il nous a été impossible de nous procurer ses écrits.

Enfin, Miguel de Heredia a longuement exposé, dans son traité de pathologie, les remarques cliniques de ses compatriotes sur le terrible fléau. Il a beaucoup insisté sur les formes asthéniques et semble avoir entrevu la *paralysie diphtérique.*

Les médecins portugais ont, comme leurs confrères d'Espagne, relaté un certain nombre d'épidémies d'angine pseudo-membraneuse, au cours du XVIIe et du XVIIIe siècle. Citons Thomas de Aguyar (1621), Andrea Tamayo (1621), Idelfonse Menezes, Lorenzo de San-Millan, Jeronimo Gil de la Pina, Thomas Rodriguez de la Verga, Francesco de Fonseca, Henriquez et enfin Suarez Barbosa. Beaucoup d'entre eux, sans égaler Mercado ou Heredia, ont fait des remarques intéressantes.

Nous n'avons pu malheureusement nous procurer leurs ouvrages ; nous nous en sommes tenus à l'analyse qu'en donnent quelques historiens de la médecine.

Nous avons été beaucoup plus heureux avec les auteurs italiens. Nous avons pu lire et analyser Marc-Aurèle Severin (Voy. textes), Sgambati (Voy. textes), Carnevale, Nola, Cortesius (Voy. textes), Ætius, Fonseca, etc...

D'autre part, le mal tendant à se répandre, les grands traités de Zacutus Lusitanus, Sennert, Ethmuller, commencent à décrire l'angine gangreneuse. Celle-ci gagne en effet l'Allemagne, l'Angleterre, la France, le nord de l'Italie, etc. Elle atteint même le nouveau-monde. Cadwatter la décrit en 1735 et signale nettement l'existence de fausses membranes. Ghisi à Crémone, Malouin à Paris, en font connaître des observations intéressantes (Voy. plus loin). Mais, on tend à la confondre avec l'angine scarlatineuse. Fothergill, Sauvage et beaucoup d'autres,

tombent dans cette erreur, en assimilant à la scarlatine du pharynx l'angine gangreneuse d'Arétée et le Garrotillo des Espagnols. Cependant, on signalait à côté de celle-ci des angines polypeuses, etc. Home, en étudiant le croup, c'est-à-dire la laryngite pseudo-membraneuse, qu'il sépare avec raison de la laryngite striduleuse, fit faire un grand pas ; mais il passa malheureusement sous silence l'angine diphtérique concomitante. Michaélis résuma, dans son excellente thèse, les travaux de l'époque, principalement ceux des médecins allemands et scandinaves (Voy. plus loin). Samuel Bard de New-York, fit connaître à peu près vers le même temps la terrible épidémie américaine de 1771. Il distingue une angine gangreneuse, un croup d'emblée, et enfin une forme mixte où, le mal débutant par la gorge, envahit ensuite les voies aériennes (Voy. textes). Néanmoins l'erreur commise par Home subsistait. Il fallut tout le génie obstiné de Bretonneau pour la détruire. Ce qui excuse jusqu'à un certain point Home, Rosen, Michaélis, etc., c'est que la description des symptômes réactionnels de l'angine pseudo-membraneuse avait été beaucoup trop noircie par la plupart des auteurs qui s'en étaient fait jusqu'ici les historiens. Assistant à des épidémies de diphtérie maligne, trompés par l'idée de gangrène, ils firent de l'affection un portrait qui est le plus souvent inexact, insistant beaucoup trop peut-être sur la fétidité de l'haleine, le rejet de matières noirâtres et ichoreuses. Quand ces symptômes manquèrent, les nouveaux observateurs étaient presque en droit de songer à l'existence d'une autre maladie.

1. — JEAN WIERUS

Après Paracelse et Werd, Wierus, le premier, a signalé la diphtérie buccopharyngée. Il raporte qu'en 1564, pendant l'hiver qui fut froid et humide, on vit survenir beaucoup d'*adénites cervicales* (*colli tumores externi, glandulosi, pituitosi, discriminis expertes*), auxquelles succédèrent, pendant le printemps, l'été, l'automne, des angines très fréquentes et très dangereuses à évolution rapide. Leur contagion, leur gravité étaient pareilles à celles des affections pesteuses ; elles tuaient en trois ou quatre jours ; quelques-uns succombaient vers le septième. La guérison était exceptionnelle.

Le mal débutait par de la fièvre et des vomissements ; puis la langue se gonflait et l'aphonie survenait à cause de l'obstruction du larynx. Semblables phénomènes du côté de l'œsophage ; d'où dysphagie, même pour les liquides, qui ne pénétraient qu'avec la plus grande peine dans l'estomac. La mort survenait dans les conditions les plus horribles. Cependant, sauf quelques cas d'érysipèle, la peau du cou restait intacte ; mais les humeurs peccantes corrodaient l'intérieur et, par leur acrimonie, déterminaient de nombreux cas de *frénésie* (phénomènes ataxo-adynamiques), les vapeurs toxiques s'élevant de la gorge jusqu'au cerveau. Parfois même, se portant sur les côtés du thorax, elles provoquaient l'apparition de *pleurésies mortelles*. Les *pneumonies* étaient plus rares, mais tout aussi fatales. Enfin, chez quelques malades, l'affection semblait gagner le rachis et provoquait des douleurs intolérables. Les flux menstruels étaient supprimés au moment de l'invasion du mal.

Ces esquinancies malignes frappaient surtout les enfants ; mais ceux-ci échappaient plus facilement à la mort que les adultes. On remarqua que les malades qui négligeaient de garder le lit, guérissaient mieux que les autres. Les saignées et les purgatifs semblaient plus nuisibles qu'utiles. Les ventouses sans scarification placées sur le cou, les piqûres des ranines, présentaient, dit Wierus, quelque avantage. Suivant le précepte d'Hippocrate, l'auteur tâchait de soutenir les forces de l'organisme et de limiter, par des moyens locaux, les progrès du mal dans les régions voisines.

L'affection aurait envahi toutes les contrées rhénanes. Wierus s'explique l'arrivée du fléau et sa gravité par les nombreux météores qui s'étaient montrés l'hiver précédent.

2. — FORESTUS

Dans son célèbre ouvrage (*De febribus publice grassantibus*) sur les épidémies d'Alkmaer, Forestus signale une angine très répandue, très maligne, à laquelle les enfants succombaient en grand nombre. Bien qu'ils fussent plus sujets que les adultes à cette affection, ceux-ci pouvaient cependant la contracter. Forestus lui-même en fut atteint ; mais il finit par en guérir. Les phénomènes du côté de la gorge étaient très graves, notamment les troubles du côté de la déglutition et de la respiration. Toutefois, comme l'auteur n'insiste pas sur l'aspect spécial de la gorge, on peut se demander, comme pour Wierus, s'il ne s'agit pas d'une autre esquinancie que la diphtérie, par exemple d'une angine scarlatineuse ? (livre VI, p. 96).

3. — BAILLOU

Baillou (*Traité des épidémies parisiennes*) observa, en 1574, quatre malades, dont l'angine avait une marche et une symptomatologie particulières. La réaction inflammatoire était légère du côté de la gorge ; mais la dyspnée était assez accusée. Ni toux, ni expectoration ; les mouvements du thorax étaient pénibles et fréquents. La mort fut rapide. A l'autopsie, on trouva une couche pituiteuse épaisse sous forme de membrane, qui recouvrait les parois de la trachée ; elle avait manifestement gêné l'entrée et la sortie de l'air.

4. — JUAN DE VILLAREAL.

Comme nous l'avons dit plus haut, le traité de Juan de Villareal est la première étude vraiment détaillée et méthodique de la diphtérie qui ait paru dans les temps modernes. L'auteur ne donne pas malheureusement de renseignements sur l'arrivée et la marche du fléau en Espagne ; il se borne à dire que le peuple l'appelle *Garrotillo*. Par contre, il mentionne assez longuement Arétée et Aétius, et soutient avec raison que le Garrotillo est analogue à l'angine gangreneuse épidémique des anciens ou *mal égyptiaque*.

Il admet que la pituite et l'atrabile sont les humeurs peccantes à incriminer. Sous l'influence de conjonctions astrales défavorables (il développe longuement les idées émises par les astrologues sur ce point), de la colère divine, ou de circonstances météorologiques particulières, ces humeurs ont pris une virulence et une malignité

toutes spéciales, comme cela se voit dans la peste.

Cette angine n'est ni le charbon, ni l'érysipèle, ni les aphtes, ni l'esquinancie ordinaire, mais une phlegmasie gutturale spéciale, à allure maligne et frappant de préférence les enfants. Sa marche est très aiguë ; elle tue en quatre jours ; parfois cependant la mort ne survient qu'au septième jour, et quelques malades réchappent. Certains sujets ont longtemps une température au-dessous de la normale, ce qui est d'un mauvais pronostic (hypothermie). Il a noté du délire, des convulsions, de la somnolence, mais refuse d'admettre, comme quelques-uns de ses collègues, qu'il y ait frénésie ou léthargie, (phénomènes ataxo-adynamiques des fièvres graves). Les hémorragies par le nez sont un indice que la maladie est mortelle (formes hémorragiques).

Le meilleur titre de gloire de Villareal est d'avoir fort bien étudié les phénomènes gutturaux et cervicaux que produit la diphtérie buccopharyngée. « Quand on fait ouvrir la bouche aux malades, dit-il, on aperçoit le fond de la gorge couvert d'un enduit blanchâtre qui gêne la déglutition et même la respiration. » D'autres fois, on constate que ces parties sont recouvertes d'une *croûte de consistance membraneuse*, qui tapisse en entier l'isthme, le pharynx et le larynx. Cette croûte n'est pas parfaitement blanche, comme dans le cas précédent, mais tourne à la teinte livide. Du reste, plus l'affection est ancienne et plus la couleur blanche s'altère. Les membranes résistent quand on les tend ; leur consistance rappelle un peu celle du parchemin et elles sont très adhérentes aux parties sous-jacentes. Elles existent au fond du gosier même quand on n'en voit plus dans la gorge ; ce sont elles qui produisent l'étouffement. Si les malades en rejettent,

elles ne tardent pas à se reproduire. D'autre part, du côté du cou, les *ganglions se tuméfient d'autant plus qu'on est en présence des croûtes livides* et non de l'enduit blanchâtre. C'est là un signe caractéristique du mal ; les tumeurs siègent sur les parties latérales du cou, au-dessous des oreilles. Malheureusement, Villareal gâte les excellentes choses qu'il dit par une érudition inutile et par des discussions subtiles. Il ne ramasse pas du reste d'une façon brève et puissante la description clinique, comme l'a fait Mercado; aussi ses remarques frappèrent-elles peu ses contemporains, découragés peut-être par ses défauts d'exposition.

Il se dit partisan de la saignée et des purgatifs, au début du mal seulement, puis des toniques, et il indique ensuite la recette de divers gargarismes, etc.

5. — MERCADO.

Mercado s'est occupé de l'angine diphtérique dans son petit traité des consultations médicales (*Consilia*, Tome V, édition de Francfort, 1614). Il en parle comme d'un fléau récent, qui se faisait alors sentir dans les différentes provinces de l'Espagne, et n'en rapporte qu'un cas; mais il le fait suivre, comme d'habitude, d'un excellent commentaire, où il relève plusieurs particularités fort importantes.

Il note la grande contagiosité de l'affection, sa prédominance chez l'enfant. « Il y avait, dit-il, de la dyspnée et souvent de la dysphagie, avec courbature dans le dos et le thorax, qui semblaient comme comprimés par un poids énorme ; l'haleine était fétide ; la gorge devenait le siège d'une sensation de chaleur très intense ; elle était

rouge dans toute son étendue et la teinte rougeâtre s'observait même sur le cou. La parole et la voix se trouvaient embarrassées; la langue était paresseuse et le malade ressentait une soif inextinguible. » Cette maladie, que Mercado appelle une fièvre des plus malignes, ne se montrait pas, dit-il, toujours avec la même violence; mais elle n'en était pas moins à craindre, même quand les principaux symptômes semblaient manquer. « Il ne faut pas se fier au manque de fièvre ou au peu d'intensité de celle-ci; et souvent le malade succombe plus rapidement que d'habitude dans ces cas d'apparence bénigne. Fréquemment, en effet, la malignité des humeurs semble corrompre l'esprit et les *troubles nerveux* qui surviennent suffisent pour déterminer la mort. » Il note la teinte blanchâtre qui succédait à la rougeur érysipélateuse du début; il l'attribue à une sorte de dissolution gangreneuse des parties atteintes, et fait ressortir dans quel état lamentable succombent les malades. « Les patients respirent avec la plus grande difficulté et tendent pour cela tous les muscles, les narines fortement dilatées. Ils rendent de la sanie par le nez et la bouche; leur gorge est le siège d'ulcères de coloration variée; leur haleine d'une puanteur extraordinaire leur donne des nausées. Chez quelques-uns, on trouve sur les parties latérales du cou, au niveau du menton, des bubons qui démontrent la nature pestilentielle de la maladie. Le cou tout entier se tuméfie, et le gosier, devenu livide, ressemble à celui d'un homme qu'on vient de pendre. » Mercado croyait tellement à l'âcreté exceptionnelle des liquides qui s'écoulaient des soi-disant ulcères buccaux, qu'il rapporte le cas d'une nourrice, qui, ayant allaité un enfant atteint de Garrotillo, eut le bout du sein gangrené (plaques

diphtériques de la peau). Il nous raconte aussi que le père de l'enfant, ayant mis souvent le doigt dans la gorge de celui-ci, pour en tirer le phlegme visqueux qui y était accumulé, eut ce même doigt enflammé, et qu'il fut pris de la même maladie.

Mercado ajoute que les médecins ne s'accordaient pas sur l'opportunité d'une saignée. Il remarque que certains enfants ont guéri sans l'émission sanguine et que plusieurs chez lesquels on l'avait pratiquée s'en sont montrés très affaiblis. On s'accordait à dire que, si l'on saignait, il fallait le faire de bonne heure et très peu. On devrait donner des purgatifs peu violents et d'une façon très précoce, si on voulait y avoir recours : généralement de la manne, de la rhubarbe, du sené, du tamarin. Pour modérer la fièvre, qu'il regardait du reste comme secondaire (*symptomatica*), Mercado recommande le bol d'arménie, le bézoard, le jus de citron, de grenade, d'oseille, le vinaigre, etc., mais, surtout la décoction de la racine de contrayerva à l'intérieur et aussi à l'extérieur sous la forme de gargarisme. « Ce gargarisme, dit-il, faisait merveilleusement bien sur les dépôts de pituite blanchâtre, ainsi que j'ai pu le constater avec plusieurs de mes collègues. » La maladie ne montrant aucune trace de crise, les évacuants et les sudorifiques furent regardés comme inutiles et même nuisibles.

6. — HERRERA.

Les défauts qui déparent l'œuvre si remarquable de Villareal se trouvent encore aggravés chez Herrera. Du moins, quelques-uns, tels que sa croyance aveugle dans les influences d'ordre astrologique, ont le mérite

de piquer notre curiosité et de nous donner des renseignements assez précis sur la marche du fléau en Espagne. Ainsi, dit-il, en 1583, Saturne et Jupiter se mirent en conjonction mineure vers le signe du Poisson (qui commandait suivant les idées d'alors aux régions du cou). Saturne devait donc fournir la matière peccante et Jupiter lui donner sa caractéristique. En 1587, 1588 et 1589, la lune s'entoura d'un halo, en se rapprochant de la constellation du Poisson, et on vit survenir, comme il fallait s'y attendre, des épidémies angineuses extrêmement graves au cours de ces trois années. D'autre part, Jupiter et Saturne, vers 1590, se rencontrèrent à l'extrémité de la constellation du Scorpion, dans le voisinage du signe du Sagittaire. Cette conjonction si défavorable fit sentir ses effets désastreux sur les années 1590 et 1591, où d'ailleurs il y eut trois éclipses vers le signe du Cancer. En 1597, éclipse de soleil vers la même constellation; aussi, 1598, 1599, 1600, eurent des épidémies de Garrotillo très funestes. En 1604, il y eut grande conjonction planétaire vers le signe du Scorpion. En conséquence, le mal sévit dans toute l'Espagne avec une rage inaccoutumée, frappant surtout les enfants et les jeunes gens; ce qui s'explique par la prédominance deux fois répétée de Mercure. On avait vu se produire également des épizooties sur les bœufs, les chevaux, les moutons, les chèvres, etc.

Herrera se demande aussi, si les démons ne doivent pas être incriminés. Il rappelle que Martin del Rio (*Disquisitionum magicarum*, *pars* I, *quæstio* 5) soutient que certains ulcères peuvent avoir une origine démoniaque; d'autre part, Vallesius, auteur d'une théologie renommée, aurait affirmé la même chose au chapitre XXVIII de son ouvrage. Il se peut, croit-il, que le Garrotillo, avec ses lésions

ulcéreuses de la gorge, rentre dans le cadre de ces affections engendrées par les mauvais esprits. Codronchus, Cesalpinus, Fernel, se sont occupés avec raison de l'action nuisible exercée par les démons sur la santé. Tertullien (*Apologia*), saint Jérôme, saint Jean Chrysostome (Homélie 53), Saint-Thomas (quest. 115, art. 5), sont également favorables à cette idée. Or, qu'y aurait-il d'étonnant à ce que l'esprit vital, troublé par des maléfices, se portant vers la gorge, y détermine de l'étouffement ? D'ailleurs, la substance qui forme le démon étant d'une nature plus élevée que celle de l'homme, peut, par cela même, quand le mauvais esprit s'introduit chez ce dernier, y causer des perturbations très graves, telles que crises épileptiques (hystérie), palpitations, étouffements, vomissements, etc. Cependant Herrera reconnaît vers la fin de ses considérations que tout cela est bien hypothétique et que, le mal pouvant guérir par les moyens naturels, il vaut mieux que le médecin tourne son esprit vers une pathogénie plus simple.

La symptomatologie du Garrotillo est assez bien esquissée. D'après l'auteur, des lésions morbides siègent non seulement dans l'isthme, mais encore dans le pharynx, l'œsophage, la trachée-artère, les bronches et bien souvent les poumons. En un mot, les organes de la déglutition et de la respiration peuvent être envahis en même temps. Il y aurait à la fois processus ulcéreux et processus fébrile ; ceux-ci augmentent, restent stationnaires, ou diminuent suivant les stades du mal. Leur présence montre qu'il s'agit d'une affection essentiellement maligne et pestilentielle. La nature putride de l'affection explique pourquoi elle peut parfois se compliquer de frénésie (accidents ataxiques) ou de léthargie (accidents

adynamiques). Même si la fièvre n'est pas apparente à l'extérieur, la peau restant plutôt froide (hypothermie), le malade ressent à l'intérieur une chaleur extrême. Le pouls est petit, misérable, fréquent, irrégulier (dépression cardiaque) ; ce qui montre bien le caractère malin du Garrotillo. Les sujets qui en sont atteints sont très inquiets, abattus, déprimés ; ils ressentent un malaise général (*anxietas*).

Le Garrotillo évolue rapidement et détermine ordinairement la mort en quatre à cinq jours par asphyxie. Mais il peut y avoir parfois décès moins précoce ou même guérison.

Herrera s'est beaucoup préoccupé de la gangrène à laquelle il fait jouer le rôle principal. Il en distingue sept degrès différents. Il mentionne les teintes diverses de l'isthme, reconnaît l'existence de la fausse membrane et déclare même, remarque très importante, qu'il l'a constatée sur des plaies cutanées.

Comme la plupart des auteurs espagnols, Herrera est peu partisan des saignées et des purgatifs âcres.

7. — PEREZ CASCALES

Francisco Perez Cascales n'a consacré au Garrotillo qu'une petite partie de son traité sur les maladies des enfants. Il rappelle que les uns veulent y voir un processus ulcéreux, les autres une véritable inflammation avec tuméfaction des parties, et que les deux opinions sont soutenues par beaucoup de praticiens d'une grande érudition et d'une valeur professionnelle hors de tout conteste. Il cite ensuite les passages d'Arétée, de Galien, de Celse, d'Aétius qui ont trait aux aphtes. Il invoque

aussi Trincavella, Mercuriali, ses contemporains, qui avaient écrit sur le même sujet.

Pour lui, on aurait tort de confondre les aphtes avec l'angine vulgaire ; ce sont deux affections distinctes. La tuméfaction inflammatoire n'apparaît nullement comme dans l'esquinancie. Mais, dit-il, il faut reconnaître différentes espèces à cette affection ; la cynanche par exemple évolue sans lésions apparentes. En tout cas, il faut, ainsi qu'Arétée, distinguer nettement les aphtes pestilentiels des tonsilles des aphtes vulgaires qui sont sans danger. La contagion du mal met un nouveau caractère différentiel entre le Garrotillo et l'angine ordinaire. En somme, suivant Perez Cascales, il s'agit d'une esquinancie d'un type spécial, engendré non par la pituite, mais par une humeur âcre et brûlante (bile brûlée), qui étrangle en quelque sorte les parties, en les resserrant outre mesure, Du reste, selon lui, si le processus était uniquement ulcéreux, il ne pourrait obstruer le passage de l'air ; or le Garrotillo le fait sans conteste. A ce sujet, l'écrivain rappelle l'opinion des principaux auteurs sur les troubles respiratoires que peut déterminer l'angine. D'autre part, la nature putride de l'inflammation explique facilement l'ulcère, la gangrène, la fétidité de l'haleine, etc. Les symptômes sont brièvement esquissés dans sa controverse avec les différents auteurs qui ont écrit sur les aphtes vulgaires. Nous n'y relevons rien de spécial. Il en est de même du traitement, quoiqu'en aient pensé certains historiens ; car le nitre, le sulfate de fer, l'alun, etc., avaient depuis longtemps été préconisés contre les ulcères buccopharyngiens. En somme, travail de compilation peu intéressant ; notons cependant que cet auteur a bien vu que la tuméfaction des

régions malades ne fait point partie essentielle de la symptomatologie du Garrotillo.

8. — HEREDIA.

Heredia a consacré au Garrotillo une étude assez détaillée, mais qui n'a pas la clarté et le relief de la brève esquisse de Mercado. Cependant cet auteur mérite d'être consulté, d'abord parce qu'il résume bien les travaux de ses prédécesseurs (Mercado, Herrera, Nunez, etc.) et aussi parce qu'il a bien vu l'importance de certains faits, et su les mettre en relief.

Ainsi, sa définition du mal n'est point trop mauvaise, quand il l'appelle avec Mercado, angine maligne; malheureusement il ajoute ensuite ulcéreuse. Si on ne tient compte, dit-il, que des ulcères, on ne comprend pas comment une perte de substance, même si elle occupe les voies respiratoires, puisse amener l'étouffement. Celui-ci s'explique au contraire facilement, si on admet qu'il y a esquinancie, c'est-à-dire tuméfaction inflammatoire. D'autre part, l'angine ordinaire, même intense, n'a pas ces escarres et cette marche si particulière au Garrotillo. Quant à la malignité de l'affection, tout la démontre : le tableau symptomatique, l'évolution, les ulcérations gangreneuses à type serpigineux, l'abattement des forces, et la faiblesse du pouls. La nature du mal est donc double ; il y a inflammation et tendance à l'ulcère. Cette dualité rend compte de toute la symptomatologie.

L'auteur décrit le tableau morbide d'une façon assez complète et assez saisissante. L'ulcération isolée des amygdales et de la luette, ou plus souvent concomitante et

jointe à l'angine avec fétidité de l'haleine, ainsi qu'avec rejet des matières sanieuses par la bouche et le nez, forment un ensemble absolument pathognomonique dans le plus grand nombre des cas. A ces phénomènes s'ajoutent de la dysphagie et de la dyspnée. Les troubles de la respiration et de la déglutition peuvent être plus ou moins accentués ; tantôt les uns et tantôt les autres prédominent. Chez beaucoup de sujets, on trouve des plaques blanchâtres, qui ne tardent pas à devenir grisâtres et même parfois noirâtres ; l'aspect de l'escarre est donc très variable, suivant les cas et suivant la période. Les forces sont abattues, le pouls défaillant et la fièvre généralement peu intense, parce qu'il s'agit d'une gangrène froide et torpide chez des organismes épuisés. Si le mal continue à s'accroître, la respiration s'embarrasse de plus en plus ; les patients étouffent. Le thorax se livre à des inspirations pénibles, le cou gonfle, les aliments ne peuvent plus passer dans des organes sans force et comme *paralysés*. Ils sont rejetés par la bouche ou par le nez. La voix s'éteint de plus en plus. Des matières fétides, purulentes, sanieuses, comme crues et étalées (fausses membranes), sont expectorées. La gangrène peut atteindre la luette tout entière, qui est généralement pendante ; le pouls devient de plus en plus misérable, et le malade succombe au bout de quatre à cinq jours.

Heredia remarque que certains sujets ne présentent aucune trace de lésions dans les parties accessibles à la vue, et que néanmoins les symptômes, en particulier les troubles respiratoires, montrent assez de quelle affection il s'agit (croup de Home).

Dans certaines formes traînantes, il y a surtout des troubles de la déglutition ; les malades ne peuvent rien

avaler; tout leur revient par le nez (paralysie du voile), ou bien ils vomissent, l'estomac paraissant également envahi.

Le pronostic est *extrêmement incertain*. En effet, l'amélioration de l'élément ulcère (fausse membrane des amygdales) n'a pas d'importance réelle, le mal pouvant se propager aux parties occultes (trachée) et tuer le patient, bien que la cavité buccopharyngée ait à peu près repris son aspect normal. D'autre part, quelle que soit la bénignité apparente de l'élément inflammatoire, il ne faut pas oublier l'absence de réaction franche et la tendance à envahir les parties les plus profondes; car, comme l'a dit Hippocrate, l'esquinancie *sine materia* est toujours très mauvaise. Les craintes doivent redoubler, si les lésions prennent un aspect livide ou même noirâtre et si le cou se gonfle. Le grand danger consiste, en somme, dans le caractère envahissant du mal, qui tend à gagner la trachée et à se porter dans le thorax au niveau du cœur. Il faut tenir compte aussi de l'état du pouls, de l'affaiblissement des forces qui peut être extrême (diphtérie asthénique de Trousseau). L'écoulement du sang par les narines est un signe avant-coureur de la mort.

Heredia qui a conservé les traditions arabistes, comme tous les auteurs espagnols, cherche à expliquer par la théorie humorale les faits observés. L'escarre noire, le pouls dur, la sécheresse des parties relèveraient de l'atrabile ; l'escarre molle, blanche, humide, le pouls défaillant de la pituite âcre et subtile. Comme les enfants sont très pituiteux, et que leurs tissus lâches sont aisément distendus par les humeurs, on s'explique la prédominance de l'affection à cet âge.

Le mal est manifestement contagieux par l'air, mais

à une petite distance, parce que les lésions engendrées par une pituite épaisse, visqueuse, n'ont que peu de tendance à provoquer des vapeurs qui se répandent au loin.

Heredia ne veut ni de la saignée, ni des purgatifs, il penche pour les *toniques*.

9. — MARC-AURÈLE SÉVERIN.

Le petit traité sur « l'*apostème pestilentiel et suffocant* de la gorge chez l'enfant », de Marc-Aurèle Séverin ne mérite guère les éloges que lui ont décernés quelques écrivains. Il est certainement bien inférieur au chapitre des consultations de Mercado, et à certains ouvrages qui ont valu à l'auteur une juste réputation.

Il débute par un préambule très emphatique, où, après avoir loué la préexcellence de l'homme, archétype (microcosme) de l'univers, pour lequel le soleil et la lune répandent leur lumière, les végétaux produisent leurs fruits les plus précieux, et en faveur duquel également ont été créés les poissons qui sillonnent les eaux, il fait ressortir les nombreux ennemis dont son existence est menacée. Tous les êtres peuvent, à un moment donné, lui nuire. L'auteur insiste surtout sur les mauvaises conditions climatériques (froid, humidité, pluies trop abondantes, chaleur extrême, atmosphère viciée). C'est en déterminant ces circonstances défavorables, que les astres nous sont nuisibles et non pas, comme le disent les astrologues, en exerçant directement sur l'homme une action nocive. Marc-Aurèle Séverin se vante de rentrer ainsi directement dans la tradition hippocratique. Mais il est facile de voir que son esprit n'est point

aussi délivré des craintes superstitieuses, qu'il veut le faire croire; car, ailleurs, il fait allusion aux conjonctions astrales funestes. Ces causes climatériques, susceptibles d'agir sur un grand nombre d'individus, ont été la *première explication* qui ait été donnée des *épidémies*. Du temps de Séverin, cependant, une autre théorie, celle des *semina* ou germes morbides, inventée par Fracastor, tendait à se répandre. Mais il n'en est point parlé dans l'ouvrage que nous analysons. Cependant, il faut savoir reconnaître que Marc-Aurèle Séverin a mis en pleine lumière la *contagion* du mal, déjà signalée du reste par les médecins espagnols ; il a rendu ainsi un service notable. Il ne tarit pas sur les qualificatifs terrifiants qu'il donne au fléau. Il l'appelle successivement *châtiment de Dieu, mal divin, le plus cruel des supplices, venin furieux, glaive des Parques, barque à Caron*, etc.

Obéissant à la mode de cette époque qui rapportait tout aux anciens, il intercale, dans son traité, le passage qu'Arétée a consacré à l'angine gangreneuse et le complète par des extraits d'Aétius. Puis, il commente assez brièvement le texte de l'auteur grec. Cependant, chemin faisant, Séverin fait des remarques importantes. Non seulement il note la prédominance de l'affection chez l'enfant, mais encore il signale sa gravité chez l'adulte. Il en a vu succomber deux au milieu de la stupeur et du coma. Un médecin de quarante ans fut enlevé rapidement par cette angine maligne, malgré tous les soins qu'on lui avait prodigués. La femme d'un pharmacien, dont les enfants avaient été atteints, succomba aussi en rendant de la sanie fétide par le nez et la bouche (diphtérie maligne). Elle mourut à la suite d'une hémorragie profuse (sang dissous). Chez un des trois enfants,

qui présentaient la forme du mal la plus intense, il survint du délire, puis de la stupeur avec strabisme très accentué ; cependant il y eut guérison après une épistaxis abondante. Les lésions siégeaient, dit-il, manifestement dans la gorge et le larynx, comme le démontraient les symptômes et aussi l'inspection directe. Morgagni reproche avec raison à Marc-Aurèle Séverin de s'en être à peu près tenu à cette conclusion, et de n'avoir guère pratiqué d'autopsie, quand cela lui aurait été si facile. La seule qu'il fit, et qu'on trouve en appendice à son livre parce qu'elle arriva trop tard à l'imprimeur, relate cependant que le *larynx était couvert d'une couenne blanchâtre.* Les croûtes noirâtres sont signalées ; mais l'auteur croit surtout à l'existence d'une gangrène, trompé comme tant d'autres par la couleur sombre des lésions et la fétidité souvent si marquée de l'haleine. La mort, dit-il, survenait en général au cours de la première ou de la deuxième semaine ; cependant, il a vu un petit malade, qu'on croyait guéri, succomber subitement le quarantième jour (myocardite ou syncope ?). Marc-Aurèle Séverin se livre à de longues considérations pour montrer que le cerveau est atteint, et que c'est pour cela qu'il existe dans le pharynx ces humeurs épaisses et âcres, qui troublent et corrodent les organes gutturaux.

Sa thérapeutique assez rationnelle ressemble à celle de Mercado et de Heredia. Il ne se montre guère partisan de la saignée et des purgatifs, sauf peut-être tout-à fait au début. Il penche pour les *toniques*, et emploie l'eau-de-vie, le nitre, le sulfate de cuivre en gargarismes, etc. Enfin rappelons que cet auteur n'hésitait pas *à brûler* au besoin les amygdales à l'aide du fer rouge, dont il avait modifié un peu l'emploi. En effet, pour protéger les par-

ties, le cautère était introduit dans une canule, et ne dépassait l'extrémité, qu'au moment de toucher à la partie à atteindre.

10. — SGAMBATI.

Malgré bien des longueurs, des discussions interminables sur des questions théoriques actuellement sans attrait pour nous, le traité de Sgambati présente un réel intérêt, surtout si l'on veut bien condenser et mettre ainsi en relief les vues souvent originales qu'il émet.

Sgambati donne une courte, mais assez bonne description de la maladie. Il insiste sur la *localisation amygdalienne*. Dans les cas légers, dit-il, seules les tonsilles étaient prises; d'ailleurs c'est par là que l'affection commence. Aussi, ne s'agit-il pas, selon lui, d'une esquinancie véritable, mais d'une amygdalite; conséquemment il est assez embarrassé pour expliquer la raucité de la voix qui survient, dit-il, assez rapidement. Ce trouble vocal serait si caractéristique, qu'il lui aurait souvent permis de faire le diagnostic, même avant toute exploration physique. Sgambati la compare non à celle de l'esquinancie (laryngite), mais à celle de la syphilis. Il fait ressortir que le gonflement inflammatoire est très léger; ce qui, fait-il remarquer, étonnait fort Mercado. La couleur est d'abord érysipélateuse, mais ne tarde pas à tirer sur le blanc. Cette teinte s'accentue de plus en plus, puis se salit en quelque sorte pour devenir cendrée et même noirâtre. Jamais du reste elle n'aurait l'aspect miroitant en quelque sorte de la noirceur du charbon. Sgambati insiste sur l'absence d'ulcération; il croit à la gangrène; mais il n'y aurait pas de perte de substance, comme dans les aphtes. D'ailleurs la localisation est beaucoup

plus diffuse dans la maladie aphteuse, du moins au début. Cette absence d'ulcère, la consistance différente des lésions qui est loin d'être aussi sèche, la dissemblance réelle des teintes lui permettent d'éliminer le charbon. Sgambati ne croit pas non plus, comme le soutenaient quelques-uns, que le mal siège primitivement du côté du cerveau. Sans doute, avec cette hypothèse, on expliquait tout naturellement les apports énormes de pituite qui paraissaient s'être déposés du côté du gosier (Hippocrate admettait que la pituite était engendrée par le cerveau et que, de là, elle descendait dans la gorge pour produire l'esquinancie); sans doute encore, dans bien des cas, les symptômes nerveux étaient évidents, il y avait délire, puis coma final (forme asthénique de la diphtérie); enfin, chez un enfant à l'autopsie, le cerveau semblait manifestement altéré (sérosité, congestion?). A tout cela, Sgambati répond que les troubles nerveux sont *tardifs* et non *primitifs*, comme ils devraient l'être avec l'hypothèse en question, et que, d'autre part, on a constaté dans d'autres autopsies que le cerveau paraissait totalement indemne.

Quelques médecins avaient soutenu que l'affection était identique à la peste bovine, qui exerçait à cette époque de grands ravages en Italie. Ils se fondaient sur l'existence de lésions gutturales, communes aux deux affections. Sgambati reconnaît bien que, dans certains cas, les épidémies des animaux se transmettent à l'homme, comme on le voit dans des affections pesteuses. Il cite même, à ce propos, Tite-Live qui signale un fait de ce genre. Mais, ajoute-t-il, pourquoi cette transmission d'une épizootie aussi répandue ne se serait-elle pas effectuée autre part qu'à Naples? Cette raison lui permet de réfuter un argument assez spécieux : la *transmission*

du mal par le lait, hypothèse avec laquelle on expliquait assez facilement la grande fréquence de l'affection chez les jeunes enfants. Quant à la viande, reprend-il, elle ne pouvait manifestement être l'intermédiaire de l'infection; car les adultes devraient être atteints tout autant que les autres sujets. En définitive, Sgambati croit à un *érysipèle* (*ignis sacer*), très intense et pestilentiel, engendré par des humeurs brûlées, agissant par leur extrême sécheresse, à la façon du fer rouge; or, celui-ci, comme il le fait remarquer, à moins que les lésions ne soient profondes, produit tout justement sur la peau une escarre blanchâtre (pseudo-membrane) et non noire. Cette analogie avec la couenne albumineuse, qui recouvre certaines brûlures de la peau (deuxième degré) et surtout des muqueuses, est parfaitement exacte. D'ailleurs, selon lui, la sécheresse de l'atmosphère, au temps de l'épidémie, est encore en faveur de la nature sèche, dans ces cas, des humeurs peccantes. Il ne faut pas oublier, en effet, que les anciens, ignorant bien entendu l'existence des microbes, étaient tout naturellement enclins à prêter, dans les épidémies, comme l'avait fait Hippocrate, une importance énorme aux *circonstances cosmiques*. C'est encore par la sécheresse que s'explique, suivant Sgambati, la persistance de l'affection en Espagne et surtout en Égypte et en Syrie, comme le rapporte Arétée, écrivain qu'il cite fréquemment à l'exemple de Marc-Aurèle Séverin. L'Italie ayant un climat plutôt humide, il espère que le mal ne se prolongera pas longtemps. D'ailleurs, il ne partage pas l'opinion de Cardan, qui, se basant probablement sur des données astrologiques et magiques sur le chiffre 3, ne voulait pas que les affections pesteuses pussent persister plus de trois ans.

Quant à la *prophylaxie*, elle se réduit à peu près à rien dans l'ouvrage de Sgambati. Il ne connaît que la *fuite* ou *l'isolement absolu* ; si cela est impossible, on devra éviter tout ce qui favorise les inflammations de la gorge.

L'auteur raconte que la saignée et les purgatifs avaient été l'objet de violentes discussions entre les médecins de Naples ; beaucoup les rejetaient absolument. Il les admet, mais seulement au début, et chez les sujets très résistants. Il fait du reste remarquer que, la nature du fléau étant tout autre, il ne faut pas être aussi énergique que dans l'esquinancie. On s'abstiendra même de ces moyens, si les sujets sont débiles, pour ne pas trop les affaiblir, et aussi, dit-il, et ceci est remarquable, parce qu'on favoriserait ainsi le passage dans le sang (1) *des germes contagieux* disséminés sur la peau. Il avait donc déjà pressenti que la diminution de résistance de l'individu favorise l'infection sanguine.

Quant au reste de sa thérapeutique, elle est à peu près la même que celle des auteurs précédents.

11. — CARNEVALE.

Le traité de Carnevale, fait sur un plan trop diffus et trop scolastique, embarrassé de questions oiseuses, est loin d'égaler celui de Sgambati. Cependant, on trouve çà et là des choses intéressantes. Ainsi, dans son premier chapitre, l'auteur relate le début du mal dans les pro-

(1) Fracastor avait admis que les maladies contagieuses résultent de la pénétration dans l'organisme de petits animalcules invisibles à cause de leur extrême petitesse, mais ayant le pouvoir de se multiplier à l'extrême. Avicenne avait déjà parlé de ferments ; Galien et Arétée, de poisons engendrés par les maladies infectieuses.

vinces napolitaines. Il aurait fait son apparition au mois de juin 1618, dans le quartier de *Chiaja*, puis aurait gagné, de là, tout le royaume des Deux-Siciles, frappant surtout les enfants parmi lesquels il détermina une mortalité effroyable. Les médecins se sentirent désarmés devant le fléau, et ne surent trouver que des remèdes insuffisants. A ce sujet, Carnevale cite les vers empruntés au célèbre poème sur l'Arcade de Guarini.

Periam senza pieta, senza soccorso,
Dogni sesso legenti, e dognietade.
Vani erano i remedi, il fuggir tardo.

L'épidémie aurait tué, paraît-il, plus de cinquante mille personnes. L'écrivain nous rappelle les angoisses des pauvres malades, dont certaines parties du corps, telles que la gorge, se putréfiaient avant la mort. Ils se trouvaient, dit-il, dans la situation atroce si bien dépeinte par Lucrèce.

Sudabant etiam fauces intrinsecus atro
Sanguine, et ulceribus vocis via septa coibant

Enfin, il rappelle que l'angine gangreneuse a exercé d'abord ses ravages en Espagne, avant de frapper le sud de l'Italie. Puis, il entre dans une description anatomique de la bouche, du pharynx et du larynx, dont les éléments ont été puisés à bonne source, et qui est assez remarquable par l'étendue et l'exactitude des détails qui y sont consignés, mais que nous passerons évidemment sous silence.

Discutant la dénomination qui convient à cette affection, il a cru devoir l'appeler *morbus strangulatorius*, pour caractériser les troubles que détermine son appari-

tion dans l'organisme, et aussi, pour mieux se conformer à la terminologie de Mercado, qui aurait parfaitement décrit la maladie.

On ne s'accorde pas, dit-il, sur sa nature; les uns invoquent surtout l'inflammation et tendent à en faire une sorte d'angine; les autres, prenant en considération principalement l'ulcère, regardent le mal comme une variété particulière d'aphte; quelques-uns enfin, insistant sur les phénomènes gangreneux, en font une espèce de charbon, etc. A ce propos, Carnevale se perd dans de longues dissertations et dans des citations fatigantes d'auteurs grecs ou arabes. Il invoque fréquemment aussi l'opinion de Fonseca; mais il fait remarquer que cet auteur ne s'est point rendu compte que les lésions ne comportent aucune tuméfaction des parties atteintes. Ce caractère les distingue nettement des phlegmasies ordinaires et des ulcères. L'auteur croit à une inflammation spéciale, le sphacèle, dont l'aboutissant naturel est la gangrène.

Le *morbus strangulatorius*, selon lui, règne d'une façon épidémique, et tue tant de monde que Mercado l'a dénommé peste. D'autre part, tout prouve qu'il est contagieux. A ce sujet, Carnevale passe en revue les idées émises par les principaux médecins sur les caractères et le mécanisme de la contagion. Il rappelle que, suivant Galien, il se détache du corps des individus atteints de la peste des particules mêlées aux exhalations de la peau, qui, pénétrant chez les individus sains, jouent le rôle de *semences*, de *ferments* morbifiques. Il cite ensuite les théories émises par Ingrassias, qui distinguait l'infection par l'air et à distance de l'infection au contact, par les habits imprégnés des sueurs des malades,

etc. On a vu, dit-il, ce dernier mode de contage être la cause de plus d'un cas de transmission de maladies de ce genre. D'ailleurs, il faut faire attention aux épizooties concomitantes ; car les chiens, les chats, les chevaux, etc., peuvent propager les fléaux pesteux, ainsi que les faits le démontrent. Du reste, quelle que soit la façon dont le mal s'est transmis, il se généralise au corps tout entier. Carnevale insiste beaucoup sur ce dernier point. Il consigne ensuite toutes les causes invoquées par les auteurs pour expliquer la production du mal pestilentiel, c'est-à-dire les météores, les exhalations malignes du sol, les tremblements de terre, les conjonctions astrales défavorables, auxquelles il consacre plusieurs pages d'exposition, etc. Chemin faisant, il mentionne aussi les littérateurs auxquels il a fait de nombreux emprunts ; ceux-ci donnent peut-être un certain agrément à son ouvrage, mais ne sont en somme que des digressions oiseuses. La prédisposition est engendrée par l'*excès de principes excrémentitiels*, une constitution humide, le chagrin, les débauches qui affaiblissent l'organisme.

Le mal atteint les *amygdales* principalement, puis le voile, le larynx. Les lésions ne sont pas celles de l'amygdalite ordinaire ; beaucoup plus diffuses, elles frappent toujours les deux glandes à la fois. Les aphtes auraient un siège plutôt buccal ; leurs pertes de substances blanchâtres sont d'un caractère plus superficiel. Ce n'est pas non plus un véritable ulcère putride, mais bien une gangrène, comme l'auteur l'a dit, en définissant l'affection.

La *symptomatologie* est assez brièvement esquissée d'après Arétée, dont il se contente pour ainsi dire, de rappeler la description caractéristique, ainsi qu'il l'avoue lui-même, imitant ainsi l'exemple de Marc-Aurèle Séverin.

Parlant des *complications*, il ajoute que l'affection, en suivant l'œsophage, peut gagner l'estomac, comme dans la peste d'Athènes racontée par Thucydide. Ou bien encore les humeurs âcres et fétides se portent sur la poitrine, comme l'a remarqué Arétée, parfois aussi au cerveau, amenant des désordres considérables : frénésie, jetage nasal fétide, etc.

Quant à la *marche*, elle est rapidement mortelle.

Les différences d'aspect présentées par les amygdales sont signalées. Selon Carnevale, les *lésions* sont véritablement protéiformes, comme étendue, couleur, profondeur, etc. Cependant l'évolution générale permet de distinguer : 1° une variété amygdalienne ; 2° une forme aphteuse superficielle, dont les petites taches blanches sont semblables à celle d'une pointe de feu ; 3° une forme croûteuse ; 4° une forme véritablement ulcéreuse. Le *traitement* n'offre rien de spécial.

12. — NOLA.

Pas plus que le traité de Carnevale, la petite monographie de Nola ne présente un intérêt clinique véritable. Mais on y trouve, à propos des conditions météorologiques et des conjonctions astrales, des renseignements importants sur la marche de l'épidémie dans le royaume de Naples. L'auteur se rallie franchement à la théorie angineuse, mais reconnaît qu'il ne s'agit pas de l'esquinancie vulgaire.

13. — CORTESIUS.

Cortesius a décrit, dans une lettre adressée à Aguillone, médecin en chef de la flotte des chevaliers de Malte, les ravages que la diphtérie exerça à Catane. Il

rappelle tout d'abord que le fléau a frappé auparavant Naples, et y a tué des milliers d'enfants.

La nature du mal, dit-il, souleva les discussions les plus vives, les uns le regardant comme une angine maligne, les autres, comme des aphtes pestilentiels, quelques-uns comme un érysipèle infectieux, d'autres encore comme un charbon. De ce désacord sur la pathogénie résulte que les écrivains lui donnèrent des noms très différents. Les mêmes divergences s'élevèrent, parmi les médecins de Catane, quand le fléau y fit son apparition.

Cortesius rapporte que parfois les lésions envahirent à la fois le voile, la base de la langue et les tonsilles, mais que, le plus souvent, les amygdales étaient le siège principal de l'affection. Très rouges, très gonflées, très douloureuses, elles gênaient beaucoup la déglutition; comme Marc-Aurèle Séverin, Sgambati et Carnevale, l'auteur insiste sur la dysphagie qui paraît avoir été un des symptômes prédominants de l'épidémie. Du reste, il signale les troubles respiratoires. Ce qui fait le danger, dit-il, c'est que, le plus souvent, quand l'inflammation amygdalienne a fait son apparition, il survient, dans les *parties plus profondément situées*, un flux de pituite épaisse qui bientôt suffoque les malades.

Les altérations morbides ne frappent que les parties les plus superficielles des parois de la gorge. Il n'y a jamais d'ulcère dans le sens propre du mot, ce qui différencie nettement l'affection des aphtes. D'abord très rouge, la gorge prend une couleur blanche, puis grisâtre, puis noirâtre; cela, reprend-il, serait bien le propre de la gangrène. Mais celle-ci ne gagne pas en profondeur et les parties mortifiées sont *très faciles à détacher des portions sous-jacentes*. Si on enlève ces espèces de mem-

branes, aucun soulagement n'en résulte pour les malades. Au contraire, la respiration et la déglutition s'embarrassent davantage, ainsi qu'il en rapporte un exemple.

Cortesius insiste sur la grande *contagiosité* du mal. On voyait, dit-il, le fléau s'abattre en peu de temps sur plusieurs habitants de la même maison. La transmission s'établirait par l'air, à faible distance. Ainsi, un chanoine, ayant fait vérifier par un bachelier de ses amis si la puanteur qu'il croyait ressentir dans la bouche était bien réelle, celui-ci mourut étouffé quatre jours après. Cortesius pense que cet air corrompu, expiré par les malades, peut *infecter* leur *literie* et créer ainsi une source possible de contagion. Beaucoup d'habitants de Catane, voyant tant d'enfants et même d'adultes succomber, murmuraient contre les médecins. Ils poussèrent le Sénat de cette ville à ordonner des *autopsies*, pensant que le mal, mieux connu, serait plus aisément guéri.

Cortesius n'est pas aussi certain du pouvoir de la médecine, même quand elle connaît exactement la nature des affections. Il fait remarquer que ces nécropsies blessent souvent les familles, qui les considèrent comme une sorte d'attentat et de déshonneur. D'ailleurs, dit-il, le siège des lésions n'est que trop démontré par l'inspection visuelle, et par les troubles morbides.

Finalement, il croit à l'existence d'une angine pestilentielle et dirige contre elle une thérapeutique analogue à celle des écrivains déjà analysés.

14. — TULPIUS.

L'observation de Tulpius se rapporte probablement à un cas de diphtérie lente. Un cordonnier, pris d'une

toux violente, rejetait des morceaux d'une membrane épaisse, lisse, blanche. Parmi les médecins traitants, les uns crurent qu'il s'agissait de lambeaux de plèvre, les autres de morceaux de la membrane qui tapisse l'intérieur des poumons. Ceci n'aurait pu, dit Tulpius, se produire sans une très vive douleur et une crise de suffocation extrêmement vive. Quant à l'hypothèse pleurétique, l'auteur fait remarquer que l'extrême adhérence de la séreuse aux côtes est peu en faveur de cette idée, et que d'ailleurs les fragments ainsi rendus étaient bien plus épais que n'aurait pu l'être la paroi pleurale.

Tulpius admet que la membrane interne de la trachée fut ainsi partiellement expulsée. Ceci, dit-il, s'accordait assez bien avec les quintes de toux continuelles, auxquelles était en proie le malade. Peu à peu, l'usage des gargarismes adoucissants guérit l'affection. L'auteur s'étonne que l'acrimonie des humeurs, qui sphacélaient la partie interne de la trachée, n'aient pas ulcéré à son tour le poumon ou déterminé pour le moins une hémorragie, en rongeant les vaisseaux des bronches.

15. — BOERHAAVE.

Dans ses *Aphorismes*, Boerhaave décrit la diphtérie pharyngée à propos des aphtes. « Quelquefois, dit-il, ils apparaissent d'abord dans le fond du gosier. On voit dans le milieu une croûte blanche, épaisse, ressemblant à un morceau de lard frais ; cette croûte est fort adhérente. Elle paraît comme sortir de l'œsophage et alors la maladie est presque toujours mortelle. » Un peu plus loin, il fait remarquer que les aphtes, qui sont d'une grande blancheur, épais, durs, tenaces, rougeâtres sont de

mauvais augure. Commentant ces passages, Van Swieten admet qu'il y a escarre gangreneuse. « Tout ce qu'on voit de blanc, dit ce dernier auteur, est dû à la gangrène. Si le mal est léger et superficiel, cette escarre tombe d'elle-même; mais, si la malignité est trop grande, et surtout chez les enfants, où toutes les parties sont tendres et très vulnérables, la tache blanche s'étend de toutes parts et il sort de la bouche une odeur très fétide. »

16. — GHISI.

Ghisi a donné une fort bonne description d'une épidémie d'angine diphtérique, qui régnait à Crémone et dans les environs, en 1730. L'auteur fait remarquer que le mal, très insidieux et souvent d'apparence bénigne, était en réalité très grave. Il lésait si peu en apparence la gorge, que toute trace d'altération morbide ne tardait pas à disparaître. La déglutition paraissait très légèrement troublée ; mais les malades respiraient difficilement. La soif était vive, la figure pâle, la toux incessante, rauque et d'un timbre caractéristique, la voix altérée, puis éteinte, le larynx douloureux, la fièvre légère malgré la chaleur interne, le pouls misérable, fréquent, l'agitation extrême, ainsi que l'inquiétude morale.

Ces symptômes s'aggravaient vite et dégénéraient en une orthopnée des plus intenses. La voix prenait le timbre élevé de la trompette ; le pouls devenait irrégulier, intermittent, les extrémités froides. La respiration courte, bruyante, stertoreuse, s'accomplissait avec beaucoup de difficulté et la mort survenait presque infailliblement du deuxième au cinquième jour. Quelques malades rejetaient dans des quintes de toux une matière membraneuse

analogue à la couenne pleurétique. Une petite fille de six ans rendit ainsi, la veille de sa mort, une concrétion énorme représentant la forme de la trachée et des grosses divisions bronchiques.

Certains sujets, qui guérissaient ultérieurement, expectoraient une très grande quantité de crachats muqueux, parfois mélangés à du sang. Ghisi a vu aussi, contrairement aux auteurs italiens et espagnols du XVIIe siècle, de véritables crises caractérisées par des sueurs ou des urines abondantes. Le mal prédominait chez les enfants ; mais parfois aussi il frappait les adultes. Les autopsies étaient fort rares à cause de l'obstination stupide, selon lui, des parents. Cependant il a pu pratiquer une nécropsie chez un homme qui avait succombé au septième jour de la maladie. Les viscères abdominaux, le cœur et les poumons étaient sains, la cavité buccopharyngée semblait normale ; mais les parois internes de la trachée et des bronches étaient recouvertes d'une couenne fibrineuse et adhérente (1).

17. — STARR.

Starr a relaté, dans une lettre aux *Philosophical Transactions* (1750), d'une façon fort remarquable, une épidémie d'angine suffocante (*morbus strangulatorius*), qui aurait régné quelque temps dans le comté de Cornouailles.

Il y avait de la dysphagie, des escarres gangreneuses plus ou moins étendues et profondes sur les amygdales, une toux brève et sourde ; puis, la dyspnée s'accentuant les jours suivants, les malades succombaient à

(1) D'autres médecins italiens contemporains, cités par Morgagni, avaient constaté sur des cadavres la gangrène des amygdales (?)

l'asphyxie. L'auteur note que celle-ci n'était pas continue, et qu'elle présentait des *exacerbations* (accès de spasme), remarque intéressante que, plus tard, Home n'a pas su faire. Par contre, il est inférieur à ce dernier, en ce qu'il n'a pas compris la nature véritable des lésions morbides. Égaré, peut-être, par la lecture de ses prédécesseurs, il n'a pas entrevu nettement les fausses membranes. Cependant il avait constaté le rejet de celles-ci; il signale même ce fait que le chirurgien Scotch Burn put détacher du palais l'enduit blanchâtre qui le recouvrait, chez un enfant, qui rendit peu après un tube membraneux de plusieurs pouces de longueur. Aveuglé sans doute par l'idée de gangrène, il croit à une expulsion partielle de la muqueuse palatine et de la muqueuse laryngée.

Chose intéressante, Starr a eu l'occasion d'observer avant Home un croup d'emblée, chez une petite fille de cinq ans, dont la gorge paraissait indemne, mais qui accusait un peu de dysphagie, en même temps qu'une dyspnée très marquée. Elle présenta à plusieurs reprises des accès de suffocation très violents, qui finirent par l'emporter, sans que l'auteur anglais se doutât du mécanisme exact de la mort.

Du reste, si Starr s'est trompé ici sur la nature des lésions, il a, par contre, fait un tableau exact et vivant des troubles morbides qu'il a observés.

18. — CHOMEL.

Chomel s'est fait l'historien de l'épidémie parisienne qui régna dans le pensionnat des dames de la Visitation de Sainte Marie, rue du Bac, en 1749. Il rappelle (p. 53) qu'elle fit, quelque temps auparavant, de grands ravages

chez les demoiselles de la maison royale de Saint-Cyr et au collège Louis-le-Grand. « On prétend qu'il y a douze ou quinze ans, elle parut à l'abbaye de Montmartre; l'année dernière elle était à Rouen et dans plusieurs autres provinces du royaume. Elle était au mois de décembre dans différents quartiers de Paris. »

La monographie de Chomel commence par une série d'observations assez bien prises, et qui ne laissent aucun doute sur la nature du mal. L'affection était généralement maligne. On notait presque toujours de l'enchifrènement; les hémorragies nasales étaient fréquentes. L'une des malades eut certainement une paralysie du voile. « Mlle de Junillac avait un accident que n'avaient point eu toutes les autres; c'est que les amygdales étaient gonflées, qu'elle avalait difficilement, et que souvent *la boisson revenait par le nez* ». Une autre malade (Mlle de Blossac), bien qu'entrée en convalescence, avait « de la peine à s'exprimer, parlant du nez, ayant la luette traînante ». Le mal, dit-il, s'annonçait par une tache blanche aux environs du voile. « Cette tache paraît sans tumeur; elle s'étend en tous sens, gagne la luette qu'elle ronge, descend vers le pharynx, remonte jusqu'à la membrane pituitaire; il y a saignement de nez plusieurs fois par jour, mais ce n'est pas de l'hémorragie. »

« Ces symptômes caractérisent le commencement de la maladie et sont développés dans les deux ou trois premiers jours.

« L'accroissement de la maladie s'annonce dès le troisième jour par la fièvre, qui se développe davantage, par une odeur fade et désagréable, qu'on sent en approchant des malades, et par l'escarre blanchâtre, qui sans s'étendre beaucoup plus, s'épaissit, devient croûte, paraît vouloir

se détacher, mais tient encore par plusieurs pédicules, ou ne tombe que pour laisser paraître une nouvelle cachée sous la première. La fièvre alors augmente de plus en plus ; on doit cependant observer dans le pouls plus de vivacité et de fréquence que de dureté et d'irrégularité ; les battements des carotides sont vifs et redoublés ; le saignement de nez persévère ; la membrane pituitaire se ronge par l'ulcère gangreneux ; la voix se change ; les malades sont enchifrenés, paraissent avoir besoin de se moucher, mais n'expriment qu'une sérosité claire, âcre et limpide (*ichor*). Cette sérosité coule d'elle-même par les narines ; les malades ne crachent point ; les gargarismes quelque acides, quelque actifs qu'ils soient, ne font aucune impression ni visible, ni sensible ; l'odeur devient putride et insoutenable ; la trachée-artère est rongée par l'ulcère ; la respiration devient gênée, entrecoupée de sifflement ; le poumon s'ulcère et bientôt la gangrène de ce viscère entraîne après elle la mort quelquefois dès le cinquième jour, le plus souvent dans le septième ou le neuvième. » Chomel signale quelquefois des parotidites (adénite des ganglions sous-auriculaires ?). Il insiste sur les *phénomènes parétiques* du côté du voile. « La luette est longtemps traînante. » La convalescence est *longue à s'établir*. « Les malades sont longtemps faibles et languissants. » L'auteur fait ressortir l'absence de réaction inflammatoire franche. « Au reste, cette maladie n'est précédée d'aucun frisson, comme presque toutes les maladies aiguës inflammatoires ; il n'y a ni douleurs de tête, ni délire ; les yeux sont bons et dans leur état naturel, même jusqu'à la mort ; il n'y a point de douleurs de reins, ni cet abattement, symptôme ordinaire des fièvres malignes ; les organes de la digestion ne

paraissent point attaqués ; il n'y a point de vomissement, de hoquet ou de dévoiement ; les urines sont belles, quoique crues ; si les excréments sont noirâtres et très fétides, ce n'est que vers le cinquième ou le septième jour et lorsque le désordre est devenu général ; la langue, le plus ordinairement, est belle, vermeille, humectée, mais gonflée ; le reste de la bouche est sain.

« On doit aussi observer que les malades n'avaient point d'agitation, d'ardeur, de soif ; il fallait les avertir et les presser de boire et alors elles buvaient, mangeaient même sans douleur. » Du reste, Chomel continue à prétendre avec tous ses prédécesseurs, que les lésions buccopharyngées appartiennent à la gangrène. « Dès les premiers temps de la maladie lorsqu'elle n'est pas encore bien développée, il n'est pas possible de méconnaître cette pourriture au caractère d'extension que prend cette aphte, qui paraît dans le fond de la bouche, à l'odeur fade, désagréable et aux fréquents saignements de nez, qui, ne pouvant pas dépendre de la force de la nature dans les commencements d'une maladie et ne dépendant pas non plus de la plénitude, puisque les fréquentes saignées ne pouvaient pas les empêcher, dépendaient ordinairement de l'érosion ou de la rupture des vaisseaux de la membrane pituitaire, causée par une humeur âcre et ichoreuse, et par la dissolution des principes du sang ; tels sont ces malheureux *stillicidia sanguinis* que nous voyons arriver dans toutes les maladies de putréfaction. »

Comme traitement, Chomel recommande l'émétique et les gargarismes astringents, les tisanes, mais sans croire beaucoup à leur efficacité. « C'est au médecin à juger si le tartre émétique convient mieux ou moins que l'ipécacuanha. Ces remèdes plus sûrs et plus actifs ont été subs-

titués par les modernes à l'élatérium que les anciens donnaient en pareil cas; mais il est bon d'avertir que ces remèdes ne réussiront que placés à propos et dès le commencement de la maladie; à ces remèdes nous proposons de joindre un régime doux, simple, humectant, de nourrir les malades avec des bouillons faits avec le veau et le poulet, en prenant la précaution de les couper avec quantité d'herbes apéritives rafraîchissantes et qui puissent aussi résister à la pourriture, telles que les feuilles d'oseille, d'*alleluia*, de pourpier et des deux chicorées; je pense qu'on devrait faire la boisson ordinaire des malades avec le sirop ou la gelée de groseilles délayée dans de l'eau tiède; cette boisson aigrelette et cordiale est capable de ranimer le sang, d'en réunir les principes et n'agacera jamais autant que les boissons chargées des acides minéraux, qui peuvent froncer les fibres tendres et molles des enfants.

« Mais ces remèdes ne feront qu'arrêter les progrès de l'incendie; ils auront bien de la peine à éteindre le feu déjà allumé et à détruire le mal déjà existant. » Chomel savait que les médecins espagnols et italiens n'approuvaient pas en général la saignée; mais, entraîné par l'habitude de pratiquer la phlébotomie dans la plupart des esquinancies, il s'efforce de défendre ainsi la pratique des émissions sanguines au cours des angines gangreneuses. « D'ailleurs, l'air de Paris étant lourd, grossier, les aliments étant plus gras, plus succulents, l'oisiveté plus générale, conséquemment les humeurs sont en plus grande quantité, plus épaisses, plus disposées à l'engorgement; de là, la saignée devient plus fréquemment nécessaire, l'effet des sudorifiques plus pénible, moins sûr, plus dangereux. »

Rejetant les sudorifiques, peut-être à cause des abus qu'on en avait fait, l'auteur de ce petit traité s'en tient au *camphre* (avant Raspail ?). « Enfin, nous croyons remplir la même indication, chasser l'humeur morbifique, en arrêter l'activité, en détruire la pourriture, soutenir les forces de la nature, la mettre en état de se défendre, par le seul usage assidu et continué du camphre pris intérieurement. Par les parties sulfureuses et volatiles que ce remède contient, il sera cordial, et il préservera de la pourriture; de tous les sudorifiques, c'est celui qui porte le moins de feu, jusque-là que plusieurs auteurs l'ont prétendu calmant et rafraîchissant; il adoucit l'âcreté des humeurs, il prévient, arrête, guérit la gangrène, et on ne peut trop en recommander l'usage dans le traitement de l'ulcère gangreneux, usage d'ailleurs que nous étendons souvent avec succès... Ainsi on doit donner la préférence aux gargarismes capables de résoudre, de fortifier, de dessécher, d'arrêter les progrès de la pourriture et de la combattre. Le camphre ne mériterait-il pas encore d'être la base des gargarismes ? Il n'a rien de désagréable ; il est si difficile de faire gargariser des enfants, de leur faire prendre des dragées, pour peu qu'on leur en donne de rebutantes; on sait qu'après il n'est plus possible de leur en faire prendre aucune quelle qu'elle soit ; ainsi en faisant dissoudre vingt-cinq grains de camphre dans la plus petite dose de bon esprit-de-vin, on pourrait ensuite l'étendre dans des eaux distillées appropriées, telles que celle de plantain, de roses sèches, etc. Par ce moyen, on éviterait l'usage des gargarismes armés des acides vitrioliques ou autres minéraux. »

Chomel se prononce catégoriquement contre les cautérisations prônées par Marc-Aurèle Séverin et adoptées

par certains praticiens, en invoquant l'opinion contraire de Van Swieten. « Pour guérir cette terrible maladie, dit cet illustre commentateur de Boerhaave, il faudrait séparer tout ce que l'on voit de mort d'avec ce qui ne l'est pas ; mais cela ne se peut faire sans produire une nouvelle inflammation, par conséquent une suppuration près de la partie gangrenée. » Plus loin il ajoute : « Ceux qui s'imaginent en savoir plus que les autres, croyent qu'en coupant, brûlant, cautérisant, ils sépareront plus facilement les parties gangrenées d'avec les parties saines ; mais ils se trompent certainement ; car de quelque façon qu'ils s'y prennent, ou ils laisseront une partie de ce qui sera gangrené, ou ils emporteront aussi les saines et vives. »

19. — DANIEL WILCKE.

Daniel Wilcke mit heureusement à profit les travaux si intéressants de ses compatriotes, dans sa thèse de doctorat; mais il faut reconnaître qu'il leur emprunte la plupart des conclusions dont Raoul Bayeux lui fait honneur, à tort selon nous.

Son travail commence par un exposé assez complet de la marche du fléau en Suède. Celui-ci fit son apparition à Stockholm, en 1755, frappant surtout les enfants. La réaction inflammatoire assez franche s'annonçait par un violent frisson, suivi d'une fièvre intense. Le cou enflait des deux côtés ou d'un côté seulement. La dysphagie s'accentuait de plus en plus et on voyait apparaître sur la luette et sur les amygdales des exulcérations sous forme de taches blanchâtres, qui s'étendaient avec une grande rapidité, de façon à envahir l'isthme tout entier. Puis, la voix s'altérait vers la fin du deuxième jour ou au com-

mencement du troisième. La dyspnée augmentait et la respiration devenait bruyante. Enfin le larynx finissait par s'obstruer complètement, et les malades succombaient du quatrième au sixième jour. L'appétit se conservait assez bien, et les patients avalaient convenablement jusqu'à la fin. Ces éminences blanches ne suppuraient pas et disparaissaient sans laisser de trace chez les sujets qui guérissaient ; mais on constatait de la gangrène (?) chez les malades qui succombaient. A l'autopsie d'un enfant, le professeur Martin trouva, rapporte-t-il, la trachée-artère tapissée d'une sorte de membrane d'abord épaisse, puis, analogue à celle qui revêt en dedans la coquille de l'œuf, à mesure qu'on se rapprochait des poumons. D'un blanc sale sur sa face libre, elle était teintée de sang sur sa face profonde ; mais elle était peu adhérente et on parvint facilement à l'extraire.

En 1761 et en 1762, le mal se montra à Upsal et dans les environs où il exerça des ravages épouvantables chez les enfants, qu'il tuait souvent dès le deuxième jour. Le voile, les amygdales, se couvraient de macules pâles, blanchâtres ou grisâtres, saillantes comme des pustules, et ressemblant ainsi aux aphtes auxquels on les a comparées. Peu à peu, elles se fondaient ensemble et gagnaient de plus en plus en surface. Wilcke reconnaît que l'haleine prend exceptionnellement un caractère fétide ; il serait très rare aussi que les malades rejettent des matières putrides. Dans ses observations, la contagion familiale se démêle aisément (Voy. obs. 1 et 2). Les troubles laryngés c'est-à-dire, la voix rauque, éteinte, les quintes, le rejet de lambeaux membraneux, etc., sont fort bien décrits.

Comme Starr, Wilcke attribue la croûte blanchâtre à une mortification, mais à une mortification spontanée

sans inflammation préalable ; car, dit-il, il n'y a pas de douleur.

20. — HOME.

Le célèbre traité de Home qui révolutionna la question de la diphtérie, en créant le type du croup (laryngite pseudo-membraneuse d'emblée), et en attirant sur lui l'attention générale, est plus remarquable par sa valeur clinique que par son érudition. Ainsi, il prétend n'avoir jamais entendu parler de cas semblables aux siens ; cependant il aurait pu aisément, semble-t-il, en consultant Fothergill, se rendre compte que les Espagnols et les Italiens avaient déjà suffisamment entrevu le mal et décrit les principales particularités qui le caractérisent. Toutes ses affirmations ne sont même pas rigoureusement exactes. Il passe, par exemple, sous silence les déterminations buccopharyngées et ne semble avoir en vue que le *croup d'emblée*, qui est certainement beaucoup moins fréquent que le croup secondaire à l'angine diphtérique. Depuis longtemps, Heredia et Sgambati avaient remarqué que certains malades meurent sans lésions apparentes du côté de la gorge, et que, chez d'autres, elles semblent être complètement guéries, lors de la terminaison fatale. Mais, tous ces faits n'étaient guère connus ; et, en traçant un tableau exact et saisissant de la laryngite pseudo-membraneuse, Home a rendu un véritable service, qu'on aurait tort de méconnaître.

Il a séparé nettement en effet le croup de la laryngite striduleuse, confondue par Ethmuller avec les cas de diphtérie vraie (catarrhe suffocant).

Dans l'épidémie qui sévit à Édimbourg, principalement au bord de la mer, il remarque la grande mortalité chez

les enfants, sauf chez les nourrissons et les adolescents, et la fréquence du fléau en certaines localités voisines d'Édimbourg, plus encore qu'en cette dernière. Dans ses autopsies, il note avec soin l'absence de lésions aux amygdales et au pharynx, mais constate que les voies respiratoires étaient toujours recouvertes d'une couenne inflammatoire. Aussi, conseille-t-il d'ouvrir la trachée ; le mal peut s'étendre, ajoute-t-il, comme dans un cas, presque jusqu'aux ramifications bronchiques.

Les symptômes sont ceux d'un catarrhe spécial, ne se révélant par aucun malaise bien appréciable. Au début, pas de dysphagie; mais, au bout d'un certain temps, dyspnée et endolorissement du larynx et de la trachée. La toux est caractéristique, étouffée. La face est bouffie, et l'on constate de l'œdème aux extrémités inférieures. L'urine dépose un sédiment abondant. La mortalité est grande; mais cependant un certain nombre d'enfants réchappent. Home fait remarquer que les symptômes ressemblent beaucoup à ceux d'une bronchite ou d'une péripneumonie. Mais la toux caractéristique et les phénomènes de laryngite permettraient de faire aisément le diagnostic.

21. — SAMUEL BARD.

La monographie de Samuel Bard (*De la nature, cause et traitement de l'angine suffocante*), qui relate l'épidémie de diphtérie de New-York, en 1771, résume en quelque sorte les notions de l'époque sur l'angine et la laryngite pseudo-membraneuse. Ce travail fort bien fait contient, outre des conclusions générales, de nombreuses observations qui permettent de juger de l'allure du fléau.

Raoul Bayeux a fait une bonne analyse de l'ouvrage de Samuel Bard, tout en laissant de côté quelques faits que nous avons cru devoir rapporter.

Le principal mérite de cet auteur est d'avoir nettement entrevu, comme les écrivains espagnols et italiens du XVII[e] siècle, la propagation possible à l'arbre respiratoire des lésions tonsillaires, qui, comme nous l'avons vu, avaient complètement échappé à Home. Il range ces cas dans un type mixte, présentant à la fois et l'esquinancie, qu'il appelle encore gangreneuse, et le croup. Il en signale quelques cas, dont l'observation XI est typique. Il s'agit d'une petite fille de trois ans, qui eut d'abord sur les amygdales des pellicules blanches très apparentes, tranchant par leur teinte sur la couleur rouge foncé des tonsilles. La dysphagie était très accentuée. Le lendemain, la voix s'altérait nettement et la dyspnée apparaissait, s'aggravant de plus en plus jusqu'à la mort du petit sujet, au troisième jour de la maladie. « A l'autopsie, dit Bard, je trouvai les parois du pharynx, de la luette, les amygdales et la base de la langue parsemées de pellicules, qui conservaient encore leur couleur blanche. En les enlevant, on trouvait les parties sous-jacentes plutôt pâles qu'enflammées; pas d'odeur putride. L'épiglotte enflammée était recouverte à sa face postérieure, ainsi que tout le larynx, de la même pellicule blanchâtre que les amygdales. La totalité de la trachée, depuis le larynx jusqu'à la bifurcation bronchique, était doublée d'un mucus épais, en forme de membrane coriace, qui en bas s'atténuait peu à peu et finissait par disparaître. » Les poumons présentaient les altérations de la péripneumonie.

Quant aux croups d'emblée signalés par Villaréal,

Herrera, etc., puis bien plus tard par Home, qui en exagéra si étrangement l'importance, Bard en reconnaît l'existence; mais il déclare, contrairement à l'auteur écossais, que le plus souvent on constate une tuméfaction des tonsilles avec enduit pseudo-membraneux.

La putréfaction et les symptômes adynamiques ne seraient pas, selon lui, inséparables du mal et dépendraient plutôt du génie épidémique. Du reste, il a vu des malades qui présentaient à ce point de vue des différences notables. On ne devrait donc pas, selon lui, l'appeler toujours angine maligne pestilentielle. Il insiste sur le peu d'intensité habituelle de la fièvre, sur l'état du pouls, sur la prédominance du mal dans l'enfance, sur le grand nombre de décès causés par cette maladie, etc. Mais à ce point de vue, il ne fait guère que répéter les affirmations de ses prédécesseurs.

22. — MICHAELIS.

La monographie de Michaelis se trouve à la fin de sa thèse imprimée à Gœttingue en 1778. Elle ne renferme qu'un fait personnel, celui de sa sœur morte en bas âge de la dipthérie; mais elle contient par contre d'assez nombreuses observations empruntées à Tulpius, Zobel, Ghisi, Bloom et à différents médecins scandinaves, dont la plupart seraient peut-être restées ignorées sans cet auteur.

Ce qu'on peut reprocher à Michaelis, c'est de s'être trop laissé influencer, comme la plupart de ses contemporains, par la doctrine de Home. C'est dire qu'il a le plus souvent en vue le croup d'emblée.

Comme l'écrivain écossais, il admet que, d'ordinaire, le

mal débute comme un simple catarrhe; mais la dyspnée est précoce et la toux, d'un timbre spécial, ressemble au cri de la poule. L'anxiété est extrême; il y a des nausées, des vomissements, un peu de dysphagie. Les malades rendent des matières écumeuses, tenaces, caséeuses, membraneuses, tubuliformes, qui amènent après leur rejet une détente dans les phénomènes de suffocation. Les rémissions sont plus ou moins longues; parfois elles aboutissent à un soulagement définitif; mais le plus souvent elles sont transitoires. Ceux qui succombent à l'affection ont le teint livide, les traits tuméfiés, les yeux saillants, les veines jugulaires gonflées de sang, etc.

C'est dans la trachée que se voient les principales lésions. Elle est recouverte d'un enduit blanchâtre, consistant, analogue à une sorte de membrane. Il considère celui-ci comme un polype de la trachée; mais il est facile d'entrevoir que, par cette dénomination, il entend une concrétion de nature lymphatique.

Michaelis ne croit pas que l'affection soit si récente que le dit Home; enfin il met en doute sa contagiosité (?). Il regarde l'affection comme inflammatoire; mais il s'efforce de démontrer que le spasme joue un rôle considérable et détermine souvent la mort. Avec Cullen, il en fait un catarrhe de la trachée, avec métastase d'une matière lymphatique et coagulable. Suivant lui, les signes qui séparent cette affection de l'angine gangreneuse (angine diphtérique) sont très nets; car, il n'y aurait ni fétidité de l'haleine, ni réaction inflammatoire violente du côté du gosier, ni ulcère, ni enduit grisâtre ou noirâtre au fond de la gorge. Par contre, il serait très facile de la confondre avec l'angine séreuse de Stoll;

même origine catarrhale et même expectoration de matière muqueuse. Mais, dans cette dernière, le son de la voix est peu modifié et la dyspnée bien moins grave. Michaelis a reconnu un des premiers qu'un corps étranger des voies aériennes, par la dyspnée paroxystique qu'il détermine, peut en imposer pour une laryngite pseudo-membraneuse, bien que le fait soit rare. Quant à la rougeole, à la laryngite striduleuse, etc., l'allure symptomatique n'est point la même.

L'auteur croit que si les adultes semblent généralement indemnes, c'est qu'ils se débarrassent dès le début et facilement de la matière morbifique (?).

La saignée est plutôt nuisible, bien qu'elle puisse amener une détente apparente. Les vésicatoires sont utiles ; mais il faut recourir surtout aux vomitifs et aux sudorifiques.

C'est à Michaelis, répétons-le, que nous avons emprunté les observations de Wahlbom, de Zobel, d'Engelstrom, de Halenius, de Boerk et Salomon, celle de Struve qui est un exemple intéressant de *diphtérie prolongée*, de Van Bergen. Dans presque toutes, sauf dans celles de Zobel, on trouve notées de la dysphagie et parfois même une tuméfaction notable des amygdales, ce qui aurait dû faire entrevoir à Michaelis l'erreur de Home.

Wahlbom.

(*In Michaelis, traduction française, 1802.*)

I

« Trois enfants furent attaqués d'angine inflammatoire le 14 et le 15 mars 1765, et présentèrent les symptômes

suivants : l'invasion s'annonçait le soir par une chaleur plus que naturelle ; pendant la nuit, douleur à l'estomac et légère diarrhée.

« Le deuxième jour, paroxysme de strangulation, tuméfaction douloureuse des glandes du cou et principalement du thymus. L'arrière-bouche était plus rouge que dans l'état ordinaire, quoique les amygdales ne fussent point enflammées et que la déglutition se fît aisément. Les attaques de dyspnée revenaient à différentes reprises, ce qui jetait les enfants dans l'abattement et dans la tristesse ; cependant à certain moment, surtout au commencement de la maladie, ils se livraient à la joie et à la gaieté.

« Aussitôt que la nature de cette affection me fut connue, je prescrivis à l'un de ces enfants une saignée au bras ; à l'autre des scarifications du cou ; au troisième des sangsues. Je leur fis ensuite appliquer un vésicatoire à la nuque et un cataplasme émollient et huileux autour du cou. Ils se gargarisaient avec de la teinture de rose, à laquelle on avait ajouté un peu de nitre et de sirop de mûres. L'effet de ces remèdes était si prompt que les accès de suffocation avaient disparu dès le lendemain.

« Il serait difficile de décrire cette espèce de cri ou de son que les malades rendaient en respirant. On pourrait peut être le comparer au cri rauque d'un poulet. Il me paraît encore avoir plus de rapport avec celui d'une poule effrayée. La respiration était tellement difficile, que l'abdomen se portait en dedans et que tout le corps s'agitait d'une manière extraordinaire. N'ayant point eu occasion de faire d'ouverture de cadavres, il ne m'a pas été possible d'observer cette membrane qui se forme quelquefois dans la trachée. J'ai cependant vu deux malades

rejeter deux morceaux membraneux. Un enfant de cinq ans vomit quelques fragments de membrane qu'on aurait cru charnus et dont la surface correspondante à la trachée était sanguinolente. Une jeune fille, à la suite de plusieurs saignées, rendit aussi, par la toux et par le vomissement, de grandes portions d'une matière semblable ; elles s'arrêtèrent dans l'arrière-bouche ; et elle en fit l'extraction avec les doigts.

II

« Les malades que j'ai observés se plaignaient d'une douleur obtuse à la gorge et d'un léger embarras dans la déglutition. Tuméfaction du voile du palais, de la glande thyroïde, de la base de la langue et des amygdales, tantôt d'un seul côté, tantôt des deux. Chez quelques-uns ces parties paraissaient un peu rouges. A la seconde période, il survenait de la toux et des vomissements ; ce qui donnait souvent à cette maladie la plus grande ressemblance avec la coqueluche. Outre cela, sentiment douloureux à la région de l'estomac et au-dessous de la poitrine ; grande somnolence ; souvent chaleur ardente qui s'annonçait subitement, faiblesse, difficulté de respirer, salivation abondante.

« Bientôt survenait la troisième période, et tous les symptômes s'exaspéraient ; les narines paraissaient bouchées, la respiration devenait très difficile et striduleuse ; des mucosités découlaient de la bouche ; le pouls devenait inégal, tantôt fréquent, souvent intermittent ; tout le corps se couvrait d'une sueur froide, et le malade mourait suffoqué.

« Il est à remarquer que la déglutition était assez facile ; plusieurs malades demandaient des aliments ; quelques-

uns moururent le deuxième ou troisième jour; chez quelques autres les symptômes disparurent pendant cinq à six jours, au point qu'on négligeait toute espèce de médicament; ils revenaient ensuite avec une telle violence, que les enfants succombaient avant qu'on eût eu le temps de faire venir un médecin.

« Le ciel étant devenu serein et l'air froid, à la fin de novembre et au commencement de décembre, la maladie cessa; elle reparut avec la pluie et l'humidité; mais elle offrit alors tous les symptômes d'un véritable catarrhe. Je n'oserais affirmer qu'elle ait été contagieuse; ce qu'il y a de certain, c'est que plusieurs enfants de la même maison en furent attaqués les uns après les autres.

« Il était difficile, dans les commencements, de trouver des remèdes propres à combattre une maladie aussi extraordinaire; aussi ceux qu'on employa n'eurent-ils presque aucun succès; et lorsqu'on laissait écouler la première période sans s'opposer au mal, à peine, sur cinq malades, pouvait-on en sauver un. Dans la suite, lorsque l'expérience m'eut appris à mieux combattre le caractère de cette maladie, j'eus la satisfaction d'en guérir un plus grand nombre. Les laxatifs, les gargarismes, les cataplasmes émollients étaient tout à fait inutiles, excepté au commencement; j'abandonnai donc leur usage et je prescrivis une potion incisive d'eau de sureau avec le tartre soluble, l'oxymel scillitique et le sirop de chicorée et de rhubarbe. Les malades, après avoir fait usage de cette potion pendant un jour, prenaient le lendemain l'ipécacuanha; ces deux médicaments étaient ainsi administrés tour à tour; mais ils n'ont jamais été utiles que dans la première période de la maladie, et quelquefois même ils n'ont eu aucun succès. A cette époque, si, vers le soir, la

respiration devenait plus difficile, je donnais un vomitil d'ipécacuanha et d'oxymel scillitique, ce qui suffisait ordinairement pour parer au danger présent; mais la dyspnée reparaissait bientôt, à moins que les malades ne fussent assez heureux pour rejeter de gros morceaux d'une matière concrète, blanche, et sanguinolente. »

Zobel.

(*In Michaelis, traduction française, 1802.*)

« Il régna, en 1775, à Wertheim et dans ses environs, une épidémie qui enleva un très grand nombre d'enfants. Instruit par M. Saver, médecin du prince de Wertheim, que l'illustre observateur Zobel l'avait prise pour cette espèce d'angine des enfants qui a été décrite par Home, j'ai (Michaélis) prié Zobel de vouloir bien me communiquer les observations qu'il avait faites sur cette maladie. Les voici telles qu'il me les a envoyées :

« Il y a plus de deux ans que j'ai observé à Wertheim cette maladie des enfants, dont Home nous a donné le premier une si belle description sous le nom de suffocation striduleuse, et que Van Bergen a aussi décrite, quoique d'une manière moins claire. (*Act. Nat. Cur.* I, 2.)

« Les symptômes que j'ai remarqués étaient absolument semblables à ceux qui nous ont été décrits par Rosen et par Home. Cependant la maladie ne s'annonçait pas de la même manière chez tous les enfants. Chez les uns, en effet, aux symptômes du catarrhe se joignait tout à coup la suffocation striduleuse, tandis que chez d'autres la maladie ne s'annonçait que par de légers signes avant-coureurs, tels que la lassitude, la tristesse, l'abattement des yeux; et ces signes étaient suivis tout à coup de suffocation.

« Les premiers accès survenaient ordinairement au milieu du sommeil. Les malades, réveillés tout à coup, étaient inquiets, avaient une respiration très difficile et sonore, étaient tourmentés d'une toux accompagnée d'un son particulier, très aigu, striduleux, très semblable à celui d'une poule; ce son, quoique plus fort pendant la toux, se faisait cependant ressentir lorsque le malade ne toussait pas. Il n'y avait point de fièvre au commencement, quoique le pouls fut quelquefois tendu. Face pâle, couverte d'une sueur abondante, urine sans sédiment. Dans les commencements, on n'apercevait, dans la bouche ni dans la gorge, aucunes traces auxquelles on pût attribuer les symptômes que nous venons de rapporter. La déglutition n'était point lésée, quoique les enfants avalassent avec peine les aliments et les boissons, preuve qu'ils craignaient qu'ils n'augmentassent la toux. C'est du moins le motif que m'ont rapporté plusieurs enfants déjà raisonnables, qui, quoique tourmentés par une soif ardente, ne prenaient qu'une très petite quantité de boisson, dans la crainte que la toux n'en devînt plus violente.

« L'haleine n'était nullement fétide; il n'y avait aucun signe de putridité; les malades ne se plaignaient point de douleur intense; le pharynx n'offrait, pendant la maladie, aucune tumeur extérieure apparente, quoique chez quelques-uns le cartilage thyroïde parût après la mort plus proéminent que dans l'état ordinaire.

« La violence du premier accès et l'extrême difficulté de respirer cessaient ordinairement au bout de quelques heures; de sorte, qu'à l'exception de la toux et d'un ton de voix particulier, les enfants se trouvaient dans un état à peu près naturel. Mais la difficulté de respirer reparaissait quelquefois au bout d'une demi-journée.

« La fièvre survenait alors, et rendait la maladie plus grave ; mais je n'ai jamais pu découvrir quelle en était la cause. L'orthopnée reparaissait à des époques indéterminées. Il faut cependant remarquer qu'après les premiers accès, les symptômes devenaient plus graves et de plus longue durée; de sorte qu'*au bout de huit jours*, le malade était tourmenté par une dyspnée continuelle qui ne lui laissait aucun relâche. L'urine qui, auparavant, était crue déposait alors un sédiment muqueux. De grosses gouttes de sueur couvraient la face. Les yeux languissants étaient enfoncés dans les orbites, les forces abattues ; le visage devenait *livide* et *plombé*, et les malades mouraient tristement. Il est à remarquer que, quelques instants avant la mort, la respiration devenait aussi libre que dans l'état de santé ; qu'il n'y a jamais eu de délire dans cette maladie, et que les enfants, tant qu'il restait un souffle de vie, conservaient l'entier usage de leur raison.

« Je n'ai observé dans aucun temps de la maladie, ni convulsions, ni mouvements spasmodiques ; elle durait rarement plus de deux ou trois jours : elle ne se prolongeait jamais au delà du quatrième jour ; elle était souvent funeste le second jour.

« J'ai vu plusieurs enfants à la mamelle attaqués de cette affection ; sur quarante ou cinquante malades que j'ai traités dans cette ville, il y en avait pas un qui fût âgé de plus de huit ans.

« Cette maladie *ne m'a point paru contagieuse*, et il est arrivé rarement que cinq ou six enfants en aient été attaqués en même temps. Elle était infiniment dangereuse. Je n'ai pu sauver qu'un enfant. Appelé dès le commencement de la maladie, et avant que le paroxysme se fût déclaré, je lui prescrivis un julep avec le cacao, l'huile

d'amandes douces et le sirop diacode ; j'avais soin de faire prendre souvent des laxatifs antiphlogistiques, composés de teinture de rhubarbe, de décoction laxative de Vienne, et d'esprit de Mindererus, ainsi que les lavements simples, ou auquels je faisais ajouter de l'*asa fœtida*.

« Ces moyens produisirent une expectoration abondante, et la toux qui survint fit rejeter par le vomissement une très grande quantité de pituite tenace. Il y eut aussi de fréquentes déjections alvines de matières semblables. Tel est le traitement qui fut suivi jusqu'au douzième ou quatorzième jour, époque où le malade fut hors de danger.

« Les saignées, les vomitifs, les vésicatoires appliqués au cou, à la nuque ou ailleurs, la vapeur d'eau et de vinaigre, le musc, le quinquina, les lavements, les antiphlogistiques, l'*asa fœtida* donnée sous différentes formes, — tous ces remèdes, prescrits à fortes doses, furent absolument inutiles, et sur un grand nombre d'enfants, à peine s'en sauva-t-il trois ou quatre. Plusieurs ne prirent aucun médicament interne, parce qu'on n'avait ordinairement recours au médecin qu'au bout de vingt-quatre heures, et alors ils refusaient ces espèces de médicaments de quelque nature qu'ils fussent ; et on ne pouvait pas les leur faire prendre de force, car la plus légère contradiction suffisait pour rendre la toux plus opiniâtre.

« Les parents, aveuglés par leurs préjugés, s'opposèrent constamment à l'ouverture des cadavres. J'ignore donc si l'autopsie cadavérique m'aurait présenté ces phénomènes qui ont été décrits, par Home. Je ne pense pas qu'aucun enfant ait rejeté des morceaux de membrane. »

« Telle est la description de l'épidémie de Wertheim que Zobel, ce célèbre praticien, a bien voulu me communiquer ; je fais d'autant moins de difficulté de la regarder comme une véritable angine membraneuse, que j'ai appris pas d'autres voies que quelques malades avaient rejeté des tubes membraneux. »

Engelstrom.

(*In Michaelis, traduction française, 1802.*)

« Une petite fille de quatre ans se plaignit, dans le mois de novembre 1767, d'une douleur pongitive à la gorge. Ses parents crurent qu'elle avait avalé une aiguille, l'enfant ayant donné lieu à ce soupçon. A la douleur se joignit une fièvre assez légère.

« Le second jour, la respiration devint très difficile et la voix prit un accent striduleux tout à fait particulier. La malade mourut suffoquée, à la fin du troisième jour.

« L'autopsie cadavérique nous fit découvrir dans la trachée-artère, un peu au-dessous du larynx, une membrane blanchâtre, tenace, épaisse, qui tapissait une grande partie de la surface interne de ce canal, dont il était facile de la séparer. Elle ne se continuait pas sans interruption jusqu'aux bronches ; mais, à mesure que nous nous approchions, elle était remplacée par des morceaux membraneux qui n'avaient aucune adhérence avec elle, et, dans les endroits où il n'y avait aucune concrétion membraneuse, nous trouvâmes une matière gluante, d'un blanc jaunâtre. Une matière semblable remplissait toutes les ramifications bronchiques, et on la voyait sortir en grande abondance lorsqu'on pressait les poumons. Abstraction faite de cette fausse membrane et de la ma-

tière dont nous avons parlé, tous les organes nous parurent dans un état naturel et sain ; il n'y avait pas même la moindre trace d'inflammation. »

Halenius.

(*In Michaelis, traduction française, 1802.*)

« Un enfant de cinq ans, jouissant d'une bonne santé, après avoir passé une nuit tranquille, éprouve de la faiblesse et de l'assoupissement ; il vomit et demande ensuite des aliments.

« Le deuxième jour, sentiment d'une légère irritation à la gorge, chaleur dans tout le corps, très grande faiblesse, inquiétude ; le malade refuse toute nourriture.

« Le troisième, même sentiment de titillation à la gorge, sans que la déglutition soit lésée. L'enfant rejette une grande quantité de pituite épaisse ; la langue devient blanche vers le soir ; il refuse avec opiniâtreté toute espèce de médicaments.

« Le quatrième jour, on appliqua le matin un sinapisme au cou ; la cloque qu'il forma était remplie d'une lymphe épaisse ; on humecte souvent la bouche au moyen d'un siphon. La chaleur du corps et la légère douleur de la gorge continuent ; la *joue droite*, et surtout l'arrière-bouche se tuméfient.

« Le cinquième jour, la tumeur avait disparu pendant la nuit ; chaleur plus intense, inquiétude et faiblesse extrêmes, obscurcissement de la vue ; la déglutition des liquides se faisait sans peine. Le sixième jour, vers midi, vomissement difficile, fatigant ; peu de temps après, le malade rejette en toussant deux petits globes d'une matière très tenace ; depuis cette époque, les forces dimi-

nuent sensiblement ; un son sourd se fait entendre dans la poitrine ; à peine l'enfant peut-il prononcer quelques mots mal articulés. Vers le soir, le son de la poitrine devient aigu ; chaleur plus considérable, pouls plus fréquent, quelquefois intermittent, anxiété extrême, prostration totale des forces, voix lamentable et presque éteinte. Cependant le malade éprouve du soulagement ; il se plaint d'une manière très distincte d'une douleur de la gorge et de la bouche ; quoique réduit à un état désespéré, il demande à boire et avale environ un litre de lait tiède. Peu de temps après, le bruit de la poitrine cesse et la vie s'éteint insensiblement.

« On trouva à l'ouverture du cadavre une membrane très épaisse, située dans la trachée-artère ; ce canal n'offrait pas la plus légère trace d'inflammation ni de corrosion. »

Van Bergen.

(*In Michaelis, traduction française, 1802.*)

« Un grand nombre d'enfants de deux, de trois, de cinq ans, ou même plus âgés, éprouvaient dans les premiers mois de l'an 1764, un coryza ordinaire ou un gonflement des amygdales et du voile du palais, avec difficultés de la déglutition. Après avoir passé quelques jours dans cet état, qui ne donnait aucune inquiétude et qui n'annonçait aucune maladie cachée, ils étaient saisis tout à coup d'une toux très grave, qui faisait expectorer avec beaucoup d'effort des phlegmes aqueux. Elle se faisait remarquer, dans le moment de l'inspiration, par un son particulier, semblable à celui de la trompette, ou à celui de certaines toux rebelles. Il y avait de plus une fièvre continuelle et une grande difficulté de respirer, qui,

augmentant de jour en jour, dégénérait enfin en asthme suffocant, et étouffait les enfants, en les privant de la respiration, comme le prouvaient la couleur plombée de la face, le froid des extrémités, ainsi que la diminution de la fièvre et de la chaleur. Cette mort ressemblait assez à celle qui est produite par une hydropisie du péricarde et de la poitrine.

« La fille de Van Bergen fut victime de cette maladie; elle offrit même un phénomène assez extraordinaire; douze heures environ avant sa mort, elle rendit, en toussant et en crachant, un tube membraneux. Mis dans l'eau il y flottait librement, et il fut facile d'en faire une gravure exacte. »

Boerk et Salomon.

(*In Michaelis, traduction française, 1802.*)

« L'angine membraneuse faisait beaucoup de ravages à Stockholm pendant l'automne de 1772. Cette saison était remarquable par la pluie et le froid qui se succédaient alternativement; aussi cette maladie règne-t-elle de préférence au printemps et à l'automne, et l'on a remarqué qu'elle attaque surtout ceux qui sont exposés aux injures de l'air et aux changements de température, quoiqu'elle n'épargne pas toujours ceux qui les évitent avec le plus grand soin; voici quelques exemples de cette épidémie.

« Observation I. — Un enfant de quatre ans, sujet aux convulsions, avait gardé pendant toute l'année un coryza, compliqué d'une toux très fatigante pendant le printemps; elle s'était calmée l'été, mais la saison un peu froide de l'automne l'avait rendue continuelle. Il s'y était joint une expectoration abondante de mucus blanchâtre,

qui tourmentait beaucoup le malade. Il éprouva le 1er novembre un léger mouvement de fièvre, et la nuit fut agitée; mais le lendemain il ne ressentait aucune incommodité ; nul vestige de fièvre, ni ce jour, ni les suivants; il était très gai dans tous les instants de la journée, sans même en excepter le soir, et il mangeait avec appétit. Cependant le coryza persistait, et il s'écoulait de la bouche et des narines une grande abondance d'humeur acrimonieuse.

« Tel fut l'état de l'enfant jusqu'au 10 novembre, époque où il a paru un peu indisposé et abattu. Cependant il n'y avait point de fièvre, la respiration était libre, la voix dans l'état naturel, nulle douleur, nul gonflement dans l'arrière-bouche, ni à la surface intérieure du cou ; toutes ces parties étaient très saines. Il n'y eut, ce jour, non plus que les précédents, ni vomissements, ni même de nausées. Doit-on s'étonner d'après cela que personne n'ait soupçonné que cet enfant fut attaqué d'angine membraneuse, quoique cette maladie régnait alors? La nuit du 10 au 11 fut très tranquille; mais le lendemain matin, il fut saisi tout à coup d'opisthotonos; respiration très difficile, voix ayant cet accent très striduleux particulier à l'angine, absolument semblable à celle d'une poule, tuméfaction de la face et du cou ; couleur livide de ces parties ; constriction des mâchoires, que le malade pouvait à peine assez ouvrir pour avaler une petite quantité d'aliments.

« Les saignées, les sangsues, les lavements, les vésicatoires furent employés sans aucun succès ; on ne put exciter le vomissement ni par de fortes doses d'émétique, ni en irritant la gorge; et ces symptômes furent si rapides et si violents, que le malade mourut le même jour à une heure de l'après-midi.

« *L'autopsie* cadavérique offrit les muscles, et le tissu cellulaire de la partie antérieure du cou, rouges et remplis de sang ; la surface de la trachée-artère enflammée extérieurement surtout à la partie inférieure qui avoisine les bronches ; les poumons, et principalement à leur partie inférieure, gonflés d'air ; dans l'intérieur de la trachée, une *membrane* blanche, parsemée de taches rouges, commençant quelques lignes au-dessous de la glotte et recouvrant toute l'étendue de la membrane propre, à laquelle elle était contiguë, sans y adhérer, de manière qu'elle pouvait facilement en être séparée : cette membrane naturelle ne présentait aucun signe de lésion, ni de putréfaction. Quant à la fausse membrane elle avait à peine, dans le larynx, l'épaisseur d'une feuille de papier bien mince ; elle s'étendait ensuite sans interruption dans la trachée, où elle avait acquis, à la division des bronches, une épaisseur triple de celle qu'elle avait dans le larynx. Elle se prolongeait dans l'intérieur des bronches.

« A droite et à gauche de cette membrane, et surtout dans le voisinage des bronches, on trouvait une certaine quantité d'eau écumeuse, mais on ne découvrit nulle part aucune trace de pus.

« Les poumons n'étaient réellement point enflammés, quoiqu'il fussent gorgés d'une telle quantité de sang, qu'ils étaient, dans quelques endroits, de couleur livide. Les *glandes bronchiques* étaient très dures, surtout aux premières divisions des bronches. Le cœur ne contenait point de sang, mais il était très sain.

« Observation II. — Une petite fille de quatre ans, après avoir rejeté pendant huit jours une grande quantité de mucosités, fut attaquée de fièvre le 24 octobre 1772.

La voix devint légèrement enrouée, et elle commença à tousser pendant la nuit.

« Le lendemain, la malade se trouvait très bien, se plaignant seulement de lassitude et d'une grande faiblesse. Mais, vers le soir, retour de la fièvre, et pendant la nuit, toux, râlement extraordinaire, qui fatiguaient la malade.

« Le 16, toux ressemblant pendant la fièvre à celle de la coqueluche; expectoration d'un mucus épais, blanc et presque transparent, voix naturelle pendant toute la nuit.

« Le lendemain matin, la malade, après avoir pris un laxatif composé de manne, se trouvait si bien que, quoique un peu faible, elle put se lever et jouer avec d'autres enfants. Elle était absolument sans fièvre. Dans l'après-midi, retour de la fièvre avec râlement, toux et expectoration. Il est à remarquer que la fièvre avait constamment avancé d'une heure plus tôt que la veille. A chaque paroxysme, la fièvre, la toux, et surtout le râlement, augmentaient d'une manière très sensible.

« Le 28, prescription d'un émétique qui fait rendre une grande quantité de mucosités blanchâtres et tenaces. Le matin, respiration aisée et naturelle, ainsi qu'elle l'avait toujours été pendant le temps de rémission, mais à quatre heures du soir, retour d'un paroxysme extrêmement violent, compliqué de râlement.

« Le 29, la fièvre et le râlement ne donnèrent aucun relâche, pas même le matin, ce qui n'était pas encore arrivé ; et pendant toute la journée, la respiration fut extrêmement difficile, et accompagnée d'un son rauque, semblable à celui de la trompette. Il y eut encore une exacerbation le soir et pendant la nuit. Le 30, à midi, cette malheureuse était réduite à un état qui ne laissait plus d'espoir ; respiration extrêmement difficile et très

stertoreuse, quoiqu'on n'y remarquât plus ce son particulier dont nous avons parlé; expectoration de mucosités d'un blanc jaunâtre; pouls petit, mou et assez fréquent, ainsi qu'il l'avait été au commencement; face pâle, le le reste du corps de couleur naturelle; urine blanchâtre, presque transparente restant longtemps sans éprouver de changement; on y apercevait plusieurs morceaux de pituite concrétée qui y nageaient. La malade respirait avec moins de difficulté lorsqu'elle restait dans son lit, la tête inclinée, que lorsqu'elle y était assise; inquiétude extrême, douleur violente au ventre quoiqu'elle eût eu une évacuation dans la journée. Elle était ensevelie dans un sommeil continuel. L'inspiration de l'air se faisait avec une extrême difficulté et avec un son rauque, semblable à celui de la trompette. La vapeur du vinaigre qu'on fit respirer, les vésicatoires appliqués à la partie antérieure du cou, les émulsions huileuses, les infusions de fleurs de sureau avec du suc de citron et de miel, ne produisirent aucun soulagement. Le pouls devint à chaque instant de plus en plus faible, bientôt intermittent, et à six heures du soir, l'enfant succomba à la violence de la maladie.

« L'ouverture du cadavre, qui fut faite le lendemain, nous instruisit de la cause de la mort. Les veines du cou étaient tuméfiées, la trachée-artère, de couleur naturelle, n'offrait aucune trace d'inflammation; mais on y trouva beaucoup d'eau, et une *membrane tubulée*, qui prenait son origine aux cartilages du larynx, où elle était d'une telle épaisseur qu'elle *bouchait* ce canal presque en totalité. C'était là seulement qu'elle avait contracté quelques légères adhérences; parvenue dans la trachée, elle y était libre, et, quoique appliquée immédiatement sur la

membrane propre de ce canal, elle n'y était nullement collée. Elle s'avançait ensuite sans interruption dans les bronches, où elle ne disparaissait qu'à leurs dernières ramifications. C'est dans le larynx qu'elle avait le plus d'épaisseur; elle diminuait peu à peu à mesure qu'elle s'approchait des poumons. Nulle trace de pus à la surface interne ou externe de cette fausse membrane. Aucune érosion, ni lésion à la surface interne de la membrane propre qui était dans son état naturel, si ce n'est qu'elle paraissait un peu plus sèche qu'elle ne l'est ordinairement.

« La fausse membrane était blanche et d'une contexture tellement tenace, qu'elle opposait une grande résistance avant de se déchirer, et qu'on fut obligé d'employer un effort assez considérable pour l'arracher d'un des lobes du poumon. Examinée avec attention, elle parut fibreuse, offrant des lignes distinctes posées les unes à côté des autres. Plongée pendant deux jours dans de l'eau et du vinaigre, elle n'y éprouva aucune altération. Les poumons n'étaient nullement enflammés, et paraissaient entièrement sains, excepté à la partie supérieure du lobe gauche où l'on découvrait une légère suppuration, dont l'origine ne paraît nullement devoir être attribuée à la maladie que nous examinons, mais à quelque cause antérieure. La cavité de la poitrine contenait une certaine quantité d'eau qui me paraît évidemment avoir eu pour cause la difficulté de la respiration. Les viscères abdominaux étaient très sains.

« Observation III. — Une jeune fille de cinq ans, qui avait été tourmentée de toux pendant tout le printemps, se plaignit, au milieu du mois de mai 1771, d'une affection de poitrine avec coryza et anorexie. Elle passa ainsi

quelques jours, se trouvant tantôt mieux, tantôt plus mal.

« Le 20, s'étant refroidie deux fois, après un violent exercice, et, ce qui paraît surtout lui avoir été nuisible, étant restée jusqu'à neuf heures du soir exposée en plein air à un froid très vif, lorsqu'elle rentra chez elle, elle fut saisie d'un accès de toux et d'un violent vomissement. La nuit suivante, chaleur extraordinaire, respiration difficile et stertoreuse.

« L'enfant se trouva un peu mieux le 21, quoique la toux et l'enrouement fussent continuels; elle ne gardait pas le lit, mais il y avait de l'abattement, de la lassitude et une somnolence extrême. La nuit fut encore plus mauvaise que le jour, sans qu'on soupçonnât aucun danger. On prescrivit un lavement et une boisson pectorale.

« Le 22, exacerbation de tous les symptômes. Ce fut alors qu'on eût le premier soupçon que cette maladie était une angine membraneuse. Les mucosités que la malade rendait, engagèrent à donner un émétique et des laxatifs. Vers le soir, état de plus en plus alarmant; toux continuelle avec quintes fréquentes, oppression, somnolence, respiration très difficile, face pâle, extrémités froides, cercle livide autour des yeux. Il ne fut plus permis de douter de la nature de la maladie, puisqu'à chaque inspiration on entendait ce son qui la caractérise. On était d'avis de faire une saignée ; mais elle fut différée jusqu'au lendemain, et on donna seulement un lavement. Nuit extrêmement agitée, respiration effrayante (*horrenda*).

« Le lendemain, état encore plus affreux, tout annonçait une mort prochaine. A quatre heures du matin, l'air entrait avec une telle difficulté dans la poitrine, qu'à

chaque inspiration, on voyait les omoplates, l'ouverture des narines et tous les muscles de la face se mouvoir d'une manière tout à fait extraordinaire. Pouls très dur, fréquent, petit et serré. Une saignée de cinq onces rendit la respiration moins gênée ; mais à dix heures du matin, les symptômes revinrent avec une nouvelle force. On appliqua huit sangsues au cou, ce qui produisit un soulagement sensible presque au moment où elles commencèrent à tirer le sang, la respiration devint plus libre, la somnolence cessa, la malade paraissait même très gaie. et parlait à tous les assistants. Mais ce mieux ne fut pas de longue durée ; car, la nuit suivante, les symptômes s'exaspérèrent à un point qui ne laissait presque aucun espoir. On prescrivit des lavements, des fomentations et des fumigations avec le vinaigre, quatre onces d'oxymel, une nouvelle application de sangsues et un vésicatoire assez grand pour couvrir tous les endroits où avaient mordu les sangsues.

« Le 24, même état, si ce n'est que les matières abondantes, que la malade rendait en toussant, paraissaient plus purulentes. Afin d'en faciliter l'évacuation, on donna un doux vomitif composé de deux onces d'oxymel scillitique.

« Le 25, on aperçut des aphtes à la bouche, et la malade commença à cracher de grands morceaux de membranes. Elle n'en retira que peu de soulagement, excepté vers le soir, époque où la respiration, le sommeil et les autres symptômes parurent avoir éprouvé un changement favorable.

« Cette expectoration de débris de membranes, mêlés d'une assez grande quantité de mucosités purulentes, *dura plusieurs semaines* ; elle était surtout abondante

vers les quatre heures du matin, et accompagnée d'une toux plus violente, de râlement et d'un son particulier, semblable à celui de la trompette; mais aussitôt que la malade, aidée d'un peu d'oxymel scillitique ou d'ipécacuanha, parvenait à se débarrasser de ces matières étrangères, ces symptômes cessaient. Les aphtes ne disparurent qu'au bout de dix jours et la respiration continua d'être *stertoreuse pendant tout l'été suivant*, de sorte qu'elle fut souvent obligée d'avoir recours aux vomitifs qui, en donnant issue à une grande quantité de mucosités purulentes et blanchâtre, rendaient aussitôt cette fonction libre. Les parents négligèrent ce moyen pendant une grande partie de l'automne, ce qui donna lieu à une hémoptysie assez grave. Après avoir resté quelques jours faible, somnolente, la face livide, la voix stertoreuse semblable au son de la trompette, la malade tomba en lipothymie, pendant qu'elle mangeait et rendit par la bouche une grande quantité de sang. On la porta dans son lit, où elle dormit tranquillement. Elle se réveilla en bonne santé, et depuis cette époque, elle n'a eu aucune atteinte de cette maladie.

« Observation IV. — Un enfant de quinze mois, encore à la mamelle, perdit sa gaieté le 25 novembre, et toussa beaucoup, surtout aux approches de la nuit. Il est à remarquer qu'on avait transporté son berceau auprès d'une fenêtre exposée à un courant d'air.

« Le lendemain, même état, cependant l'enfant resta debout. Comme il n'y avait point de fièvre, on se contenta de prescrire un laxatif. Au milieu de la nuit suivante, toux, respiration difficile, laborieuse, menaçant de suffocation; voix striduleuse imitant le son de la trompette; mouvements violents de la poitrine, forte pulsation

des artères. A cet état qui dura deux heures succéda un sommeil tranquille.

« Le 1er décembre au matin, pouls plein, fréquent, face rouge, inquiétude extrême, respiration plus difficile, enrouement plus considérable ; ce fut alors qu'on commença à soupçonner l'existence de l'angine membraneuse. Une saignée de cinq onces au bras diminua la force du pouls et la difficulté de respirer. Vésicatoire à la partie antérieure du cou, lavement; ces moyens ne répondirent pas à notre attente. Vers le soir, le pouls redevint fort et élevé, la respiration très embarrassée; il était facile de distinguer ce son striduleux qui est particulier à cette maladie. On employa alors toutes sortes de moyens pour faire respirer à l'enfant la vapeur de vinaigre ; on approchait de sa bouche des éponges trempées dans ce liquide qu'on avait eu soin de faire chauffer ; on en faisait bouillir dans des vases que l'on tenait près de son lit, ayant seulement soin de le couvrir d'un linge fin. L'air qu'il respirait se trouvait ainsi imprégné de vinaigre. Aucun moyen ne parut plus utile ; il diminuait la difficulté de respirer et procurait ensuite un sommeil paisible. On donnait pour boisson une infusion de sureau et de l'oxymel simple à forte dose. Vers le soir, l'urine parut entièrement blanche ; on y apercevait plusieurs petites concrétions muqueuses qui nageaient dans ce liquide sans aller au fond du vase.

« Le lendemain matin, le malade se trouvait un peu mieux, et il vomit spontanément des matières aqueuses. Ce vomissement ayant recommencé vers midi, et la violence de la maladie se trouvant diminuée, il y avait indication de prescrire un vomitif ; des doses réitérées d'oxymel scillitique déterminèrent un vomissement abondant de

fragments membraneux de couleur blanche, de diverses grandeurs. Ils n'étaient point mêlés de mucosités ; il était d'ailleurs facile de les distinguer du mucus ordinaire par leur grande ténacité. Le succès de ce vomitif engagea à en prescrire un second, qui fit encore rejeter au malade des matières membraneuses et du mucus extrêmement tenace.

« Il se fit alors un changement favorable ; le pouls et la respiration reprirent leur état naturel, et l'enfant dormit tranquillement le soir et la plus grande partie de la nuit exempt de fièvre et de tout autre symptôme fâcheux.

« Il se trouvait bien le 3 décembre au matin, et ne se plaignait que de son vésicatoire. Un laxatif qu'on lui donna, lui fit rendre beaucoup de glaires. Le mucus des narines commença aussi à couler en abondance. La nuit fut bonne, il survint de temps en temps de la toux, mais elle n'était point incommode. Dès le premier vomitif la voix perdit cet accent striduleux qui caractérise la maladie, et l'enrouement diminuait de jour en jour.

« On donna encore, le 4 décembre, un vomitif qui ne fit rejeter que peu de mucosités.

« Le 5, l'enfant avait de l'appétit, et reprit sa gaieté ordinaire. On continua encore quelque temps l'usage des laxatifs, qui évacuaient toujours une grande quantité de glaires. »

Struve.

(*In Michaelis, traduction française, 1802.*)

« Un enfant de douze ans, d'une bonne constitution, était atteint, chaque hiver, depuis quatre ans, d'une toux très rauque (*ferina*), compliquée de fièvre catarrhale, et qui produisait des excrétions très abondantes de matières pituiteuses et très gluantes.

« Ces symptômes duraient depuis cinq semaines, et l'on employa inutilement les béchiques, les pectoraux, les fébrifuges et les autres moyens propres à combattre les catarrhes. Au bout de quelques autres semaines, le malade rejeta tout à coup, en toussant, une masse charnue, rouge, semblable à de la chair fraîche, ne répandant aucune mauvaise odeur, de la largeur et de l'épaisseur d'une phalange du petit doigt ; elle était creuse et ressemblait à une portion d'un vaisseau veineux.

« Du moment où l'enfant en fut débarrassé, la toux et la fièvre cessèrent et les forces revinrent de jour en jour Cette scène se renouvela encore *plusieurs hivers* avec l'appareil des mêmes symptômes, tandis que le reste de l'année l'enfant jouissait d'une bonne santé.

« (Cette observation, qu'on ne peut pas s'empêcher de regarder comme une véritable angine membraneuse, est très intéressante et mérite plus d'attention, que celle qu'on en fait ; le sujet en a été attaqué à plusieurs reprises, après de très longues rémissions que caractérise une santé parfaite.) »

II. — AUTEURS AYANT ÉCRIT SUR LA SCARLATINE

Confondue longtemps, semble-t-il, avec la rougeole, la scarlatine ne commença à en être séparée nettement que par Ingrassias, vers le milieu du XVI[e] siècle ; mais cet auteur, pas plus que Coyttar, pas plus que Sennert et Ethmuller, n'insiste sur l'angine, bien qu'ils aient vu des formes très malignes avec complications cérébrales, respiratoires et même rénales. Même oubli chez Syden-

ham. Morton, peu après, parle déjà d'une façon un peu plus explicite des troubles pharyngiens, mais sans leur accorder une grande importance. Il signale au même titre la courbature, la toux, la gêne de la déglutition, etc., sans indiquer la précocité des déterminations gutturales. « Au moment où l'érythème apparaît, dit-il, on constate du larmoiement, des phénomènes d'inflammation *pharyngée*, laryngée, bronchique; la fièvre s'accentue, la *déglutition s'entrave*, ainsi que la respiration et on peut voir survenir les symptômes propres à l'angine et à la péripneumonie. » La lecture des diverses observations de scarlatine, qu'il a rapportées dans son célèbre ouvrage, prouve que la pharyngite n'eut une certaine importance que chez l'enfant Philip (Observation, p. 34) et encore les lésions buccopharyngiennes semblent-elles dues plutôt à la cachexie déterminée par une diarrhée persistante (muguet ?) qu'à la scarlatine elle-même. Hoffmann se contente de mentionner qu'il a observé dans cette affection des resserrements de la gorge, des spasmes, quelque gêne dans la déglutition. Il en est à peu près de même de Stoll.

Cependant, peu après, les choses changent d'aspect. Des angines d'une malignité incontestable sont signalées un peu partout. Ces épidémies frappent l'attention de tous les médecins qui eurent l'occasion de les observer. Des écrivains de la valeur de Fothergill et de Sauvage s'en font les historiens. Or, ces angines s'accompagnent d'un érythème scarlatineux caractéristique. Au début, on hésite à identifier les deux affections. Ce n'est qu'à la longue qu'on s'y décide. Cullen admet finalement : 1° une scarlatine sans angine; 2° une angine scarlatineuse.

A quoi sont dues ces divergences extraordinaires chez les auteurs, ce mutisme prolongé du début sur les déterminations pharyngiennes, puis tout ce bruit sur l'angine scarlatineuse si longtemps négligée. Il y a peut être là, dans la façon dont a évolué successivement le mal, un des éléments qui permettront de répondre un jour aux graves questions pathogéniques que soulèvent les lésions gutturales de la scarlatine. On sait que l'intensité de celles-ci sont très variables suivant les épidémies, suivant les sujets; d'autre part, quand le contage se fait par les plaies cutanées ou par les organes génitaux (scarlatine chirurgicale, scarlatine puerpérale), l'angine fait le plus souvent défaut, parceque le pharynx ne serait pas alors la porte d'entrée du mal. D'autre part, la diphtérie semble compliquer souvent les manifestations angineuses de la scarlatine, ainsi que le démontre un certain nombre d'examens bactériologiques indiscutables; et, quand on n'a pas rencontré le bacille de Löffler, on a trouvé des staphylocoques et des streptocoques souvent d'apparence très virulente. La malignité de l'angine scarlatineuse serait-elle donc due à une infection secondaire? et, dans ce cas, ne peut-on pas admettre que, si au XVIe et au XVIIe siècle la pharyngite de cette fièvre exanthématique a eu une allure si bénigne qu'elle a échappé aux observateurs, c'est parce qu'elle n'avait pas été aggravée de la présence d'un microorganisme autre que l'agent inconnu de la scarlatine? Dès lors, l'erreur de Fothergill et de Sauvage qui confondaient cette angine avec le Garrotillo n'est plus aussi grossière qu'on aurait pu le supposer tout d'abord. En réalité, ils avaient peut-être observé le plus souvent une diphtérie, mais évoluant sur le terrain de la scarlatine et empruntant en partie sa

gravité aux conditions exceptionnelles parmi lesquelles elle se développait. Signalons, en terminant, une autre source de confusion. Les écrivains du XVIIIe siècle font rentrer un certain nombre d'épidémies de scarlatine dans la fièvre *pétéchiale*. Or, cette prétendue entité morbide était constituée en réalité par des cas de fièvre scarlatineuse et par des cas de suette avec éruptions cutanées. La description des épidémiologistes est souvent si confuse, qu'il devient bien difficile de faire le partage entre les deux affections.

1. — HUXHAM.

Huxham, est un des premiers à donner une description exacte de cette esquinancie exanthématique maligne; cependant il ne l'a point surnommée « angine scarlatineuse », mais *febris anginosa* c'est-à-dire « fièvre d'esquinancie ». Il avait certainement été trompé, comme bien d'autres, par le silence des auteurs sur les déterminations morbides gutturales de la scarlatine. Cependant, comme il a bien soin de noter l'aspect si spécial de l'exanthème (qu'il compare aux « taches scarlatines »), la desquamation épidermique, et même parfois l'œdème, aucun doute ne saurait exister sur la véritable nature de ces inflammations pharyngées, qu'il a si exactement dépeintes.

Dans son *Traité des maux de gorge gangreneux*, il relate l'épidémie qui sévit à Londres en 1752. « Elle fut très violente : elle était accompagnée de taches scarlatines et de pustules (vésicules miliaires), suivies de grandes démangeaisons, de desquamation de la peau. Le pouls dans cette fièvre était ordinairement dur, petit et fréquent; la respiration chaude, laborieuse et accompagnée

d'oppression dans les hypocondres. Les *urines* étaient quelquefois crues et pâles, quelquefois hautes en couleur et *troubles*, mais sans sédiment ».

L'été fut particulièrement humide cette année, et Huxham fait remarquer que « *dans toutes les espèces de fièvres, il y avait une singulière disposition aux ulcères de la gorge* et aux aphtes. La petite vérole fut plus funeste au mois d'août, et quelquefois elle était accompagnée d'*ulcères très dangereux dans la gorge* et de difficulté d'avaler. » Il serait très intéressant de démêler d'une façon précise les différents facteurs qui entrent en jeu dans la *prédominance* de certaines complications viscérales, au cours d'une épidémie donnée ; probablement les influences climatériques, rendant la gorge plus vulnérable, exagèrent l'intensité du processus morbide primitif du côté du pharynx et surtout favorisent les infections secondaires. « La fièvre d'esquinancie continuant toujours, nous eûmes un grand nombre de maux de gorge gangreneux, dans le mois de septembre, encore plus en octobre et ils furent très communs en novembre et en décembre dans le quartier des chantiers et aux environs, ce qui emporta un grand nombre d'enfants et d'adultes. »

Huxham fait remarquer la *variabilité* du début suivant les sujets ; car c'était tantôt les phénomènes généraux, tantôt les symptômes locaux qui apparaissaient tout d'abord. Dans ce dernier cas, il y avait « raideur de la gorge, raideur du cou ; quelquefois même, dès les premiers moments, on apercevait une enflure et le malade sentait de la douleur dans la gorge, les amygdales devenaient très enflées et très enflammées ; souvent même les parotides et les glandes sous-maxillaires enflaient beaucoup et très subitement, quelquefois au point que le malade

risquait d'étouffer. » La teinte rouge cramoisie de la gorge, l'aspect spécial des taches blanches (dépôts pultacés, ou pseudo-membraneux?), la fétidité de l'haleine, l'évolution rapide du mal, l'apparition de la couleur noirâtre (qui en imposait trop souvent alors pour de la gangrène), la dépression du sujet, sont signalés avec beaucoup d'exactitude, ainsi que la tuméfaction des ganglions cervicaux, l'excoriation des lèvres et des narines, etc...

Huxham croit que la suppression brusque du flux qui se fait du côté de la cavité buccopharyngée est funeste.

C'est aux matières sécrétées par la gorge et avalées par le malade, qu'il attribue la production des désordres gastro-intestinaux. Les troubles respiratoires qu'il signale, le bruit de drapeau qui lui fait croire à l'existence du Garrotillo semblent indiquer que le croup secondaire, c'est-à-dire la diphtérie laryngée, avait été fréquent. Du reste, voici le passage où cet auteur relate d'une façon si remarquable les lésions pharyngées de la scarlatine. « Le fond de la gorge paraissait bientôt d'un rouge vif ou plutôt d'un rouge cramoisi, il était luisant et éclatant. Le plus ordinairement on apercevait sur la luette, les amygdales, le voile du palais et sur la partie postérieure du pharynx, plusieurs taches blanchâtres ou de couleur de cendre, dispersées çà et là, qui, quelquefois, augmentaient très promptement et couvraient bientôt une amygdale ou toutes les deux ou la luette, etc ; c'étaient les escarres d'ulcères superficiels, qui quelquefois cependant rongeaient très profondément. Dans ce temps, la langue quoique blanche seulement et humide à sa pointe, était très sale à sa racine et couverte d'une croûte épaisse, jaunâtre ou brune. L'haleine commençait alors à devenir

très puante et cette puanteur augmentait d'heure en heure, de sorte qu'à la fin elle devenait dans quelques cas insoutenable aux malades eux-mêmes.

« Le second ou troisième jour, tous les symptômes devenaient plus graves et la fièvre beaucoup plus considérable ; ceux qui l'avaient le mieux soutenue pendant trente ou quarante heures ne lui résistaient plus. Le défaut de sommeil, les anxiétés et la difficulté d'avaler augmentaient excessivement. La tête était étourdie, douloureuse et pesante. Il y avait toujours plus ou moins de délire, quelquefois une perte totale de sommeil et une frénésie perpétuelle, quoiqu'il y en eût d'autres qui fussent comme stupides ; mais souvent il y avait des tressaillements et ils marmottaient entre leurs dents. On leur trouvait beaucoup de chaleur à la peau qui était sèche et rude ; rarement ils avaient de la disposition à suer. Les urines étaient pâles, crues, souvent jaunâtres et troubles. Quelquefois ils éprouvaient des vomissements considérables et parfois un grand dévoiement, surtout chez les enfants. Les escarres étaient fort étendues et d'une couleur plus foncée ; ce qui les environnait paraissait d'une couleur de plus en plus livide. La respiration devenait plus difficile, avec une espèce de râlement, comme si le malade étranglait ; la voix était rauque, creuse et ressemblait exactement à celle des gens qui ont un ulcère vénérien à la gorge. Le bruit qu'ils faisaient en parlant et en respirant était si particulier, que, pour peu qu'on fût familiarisé avec cette maladie, on la reconnaissait facilement à ce bruit extraordinaire ; c'est ce qui a fait nommer cette maladie par les médecins espagnols *Garrotillo*, mot qui désigne le bruit que font ceux qu'on étrangle avec une corde. Je n'ai jamais observé dans aucun le glapissement

qu'on entend dans les esquinancies inflammatoires. L'haleine de tous les malades était très nauséabonde ; chez quelques uns même, elle était insupportable, surtout aux approches dela crise ; il y en avait beaucoup qui, vers le quatrième ou cinquième jour, crachaient une grande quantité de mucosités fétides et purulentes, quelquefois teintées de sang, quelquefois livides et d'une odeur abominable ; chez plusieurs aussi les narines étaient extraordinairement enflammées et excoriées, dégouttant continuellement une matière sanieuse si excessivement âcre que non seulement elle corrodait les lèvres, les joues et les mains des enfants qui étaient attaqués de la maladie, mais même les mains des gardes qui en prenaient soin. Lorsque les narines commençaient à s'ulcérer, les malades ne cessaient d'éternuer, surtout les enfants ; car j'ai vu peu d'adultes qui fussent affectés de ce symptôme, au moins à un degré un peu considérable. Il était étonnant de voir la quantité de matière que les enfants rendaient par cette voie et, comme ils s'en barbouillaient le visage et les mains, ces parties étaient couvertes d'ampoules. La suppression subite de cet écoulement de la bouche et des narines a fait périr plusieurs enfants ; il y en avait qui en avalaient une si grande quantité que cela leur occasionnait des excoriations dans les intestins, de violentes tranchées, la dysenterie, etc., et même des excoriations à l'anus et aux fesses. Non seulement les narines, la gorge, etc., étaient affectées par cette matière si âcre, mais encore la trachée-artère elle-même en était quelquefois corrodée et on voyait les malades cracher des morceaux entiers de sa *tunique interne* avec beaucoup de sang et de matières corrompues ; les malades languissaient pendant un temps considérable et enfin mouraient phtisiques, quoi-

qu'il arrivait encore souvent que le mal se jetait plus subitement et avec plus de violence sur les poumons et les faisait mourir avec les symptômes de la péripneumonie.

« J'étais quelquefois étonné de voir plusieurs de ces malades avaler avec assez de facilité, quoique la tumeur des amygdales et de la gorge, la quantité de mucus épais et le râle en respirant, fussent très considérables ; ce qui montrait clairement que ces esquinancies malignes venaient *plutôt de l'acrimonie et de l'abondance de l'humeur* que de la violence de l'inflammation.

« L'esquinancie précédait le plus ordinairement les exanthèmes; mais souvent l'éruption à la peau paraissait avant le mal de gorge et était quelquefois très considérable, quoiqu'il n'y eût que peu ou point de douleur dans la gorge ; au contraire, il y avait des malades qui avaient des maux de gorge très violents *sans éruption*. Cependant dans ces cas mêmes, il survenait une très grande démangeaison et une desquamation de la peau surtout chez les grandes personnes, rarement chez les enfants. En général, il se faisait une *éruption* sur toute la surface du corps, particulièrement chez les enfants, et cela arrivait le plus souvent le deux, trois ou quatrième jour. Quelquefois elle ne concernait que certaines parties du corps, mais attaquait *rarement la face* ; elle était parfois de la nature de l'érysipèle; quelquefois c'étaient de véritables pustules; ces pustules étaient souvent très élevées et d'une couleur rouge foncé et enflammées principalement sur la poitrine et sur les bras, mais elles étaient quelquefois très petites et plus sensibles ou toucher qu'à la vue et donnaient une *rudesse* extraordinairement rouge cramoisi, comme si la peau avait été barbouillée au suc de framboise. La peau paraissait enflammée, comme

enflée ; les bras, les mains, les doigts étaient *gonflés* en effet, très raides, un peu douloureux. Cette couleur cramoisie paraissait particulière à cette maladie. Quoique cette éruption manquât rarement de procurer un soulagement marqué au malade dont elle calmait les anxiétés, les maux d'estomac, le vomissement, le dévoiement, etc. »

Huxham insiste sur le *caractère putride* de cette angine. La clinique le démontre, et la nature des lésions découvertes à l'autopsie semble également le prouver. En effet « à l'ouverture des cadavres on trouvait non seulement la gorge, mais encore les poumons, les intestins... gangrenés et toute leur masse changée en sanie putride. » Bien qu'il n'ose pas affirmer l'identité des deux angines, il fait ressortir les analogies étroites que présentait cette esquinancie si maligne avec la *febris anginosa* décrite dans le premier volume de ses fièvres *De aere et morbis epidemicis*, c'est-à-dire avec l'angine scarlatineuse vulgaire.

2. — FOTHERGILL.

Les faits rapportés par Fothergill sont si intéressants que nous allons les analyser d'une façon complète, en intercalant les passages principaux de sa description.

Les commencements de cette épidémie furent assez effacés et remontent à 1739. « Il paraît que l'on n'y fit attention, qu'à cause de la mort subite de deux enfants de qualité et de quelques autres près du même quartier de cette ville, lesquels, pendant leur maladie, s'étaient plaints d'un grand mal de gorge ; mais, comme il ne se présenta pas, dans la suite, beaucoup de cas semblables, ou que l'on ne remarqua pas ceux qui se présentèrent, il fut peu question de cette maladie pen-

dant plusieurs années. » En 1742, nouvelle recrudescence. « Cependant, elle commença à reparaître en 1742; mais elle ne fut pas assez générale pour devenir le sujet de discours publics ; car, quoique les plus grands praticiens la rencontrassent de temps à autre, principalement à Londres, elle resta inconnue à la plus grande partie des autres médecins, jusqu'à ces deux ou trois dernières années, où elle s'est montrée beaucoup plus fréquemment, tant à la ville que dans les villages d'alentour. » A ce sujet, l'auteur relate l'épidémie du village de Bromby en 1746. « Dans l'hiver de 1746, à Bromby, près de Bow, dans le comté de Midlesex, il y a eu un très grand nombre d'enfants, qui moururent si subitement d'une maladie qui parut résister à toutes sortes de remèdes, que les habitants en furent extrêmement alarmés, quelques-uns ayant perdu tous leurs enfants et d'autres la plus grande partie des leurs, après quelques jours d'indisposition. Quelques autres enfants des endroits circonvoisins furent attaqués, dans le même temps, de la même maladie et suivant le rapport de ceux qui en avaient fait l'observation, elle ne différait point de celle qui se faisait sentir à Londres. » Bientôt cependant le mal alla en déclinant. « Mais les symptômes en sont devenus si modérés, qu'il est rare qu'elle soit mortelle, à moins que les sujets qu'elle attaque ne soient peu favorables, ou que la maladie n'ait été négligée ou mal conduite dans le commencement. »

Fothergill indique ensuite les saisons où elle prédomina. « Quoiqu'il y ait maintenant plusieurs années, que cette maladie règne en Angleterre, et qu'elle se soit fait sentir dans les diverses saisons, ainsi que dans toutes les variations de temps, auxquelles on est exposé, cependant elle se montra plus fréquemment en automne et au commen-

17

cement de l'hiver ; au moins, je puis attester que j'ai vu plus de personnes attaquées de cette maladie, depuis le 3 septembre jusqu'en décembre inclusivement, que dans les autres mois de l'année pris ensemble... » L'auteur note la prédominance chez les enfants. « Dans ce pays, ainsi que dans tous les endroits où l'on a eu la première connaissance de ce mal, les enfants et les jeunes gens y sont plus sujets que les adultes ; il y a plus de filles qui en sont attaquées que de garçons, plus de femmes que d'hommes ; les personnes de l'un et de l'autre sexe, qui sont d'une santé faible, y sont plus sujettes et en souffrent beaucoup plus que les personnes d'une santé vigoureuse. Je n'ai guère vu d'hommes faits d'un bon tempérament, qui en fussent attaqués et jamais je n'ai remarqué qu'aucun en mourût. » En tout cas, l'affection était nettement contagieuse. « Quand une fois elle est entrée dans une famille, ordinairement *les enfants la gagnent*, si l'on n'a pas soin d'empêcher que ceux qui se portent bien, ne communiquent avec les malades et les adultes, qui se trouvent fréquemment avec ces derniers et respirent de trop près leur haleine, éprouvent souvent la même maladie. »

Voici quelle était l'allure du mal. « Elle commence d'habitude par un vertige ou par un tournoiement de tête, précédé souvent d'une faiblesse, ou d'un frisson semblable à celui d'un accès de fièvre ; ce frisson est bientôt suivi d'une grande chaleur et ces deux états se succèdent mutuellement pendant quelques heures, jusqu'à ce qu'enfin la chaleur deviennent constante et à un très haut degré. Le malade se plaint alors d'une douleur de tête très aiguë, de chaleur et de mal de gorge, d'une raideur du col ordinairement très douloureux avec vomissement

ou *dévoiement*. Ces deux derniers symptômes se montrent quelquefois ensemble. Bientôt après, le visage devient rouge et enflé, les yeux enflammés et baignés de larmes, comme dans la rougeole, le tout accompagné d'insomnie, d'inquiétude, de faiblesse ; c'est ordinairement le matin qu'on est attaqué de cette maladie. A mesure que la nuit approche, la chaleur, l'insomnie ou les inquiétudes augmentent jusque vers le matin, ou, après un sommeil léger fort court et fort troublé, on est pris d'une sueur qui calme la chaleur et les inquiétudes et, par là, la maladie a quelque apparence d'une fièvre intermittente. »

L'état de la gorge *au début* est soigneusement étudié. « Quand on examine la bouche et la gorge immédiatement après la première attaque, on remarque que la luette et les amygdales sont enflées ; et ces parties paraissent d'un rouge vermeil, ainsi que le voile, les joues de chaque côté, proche de l'orifice du gosier et tout ce que l'on peut voir du gosier même et du derrière du pharynx ; ordinairement cette couleur se montre d'une manière plus sensible au bord postérieur du palais, dans les angles, au-dessus des amygdales et sur les amygdales mêmes. On voit quelquefois au lieu de cette rougeur une large tache d'une figure irrégulière, d'un blanc pâle et entourée d'un rouge vermeil. Cette couleur ressemble communément à celle que l'on occasionne aux gencives, immédiatement après les avoir pressées avec le doigt, ou comme s'il y avait quelque matière renfermée toute prête à sortir.

« En général, le deuxième jour de la maladie, le visage, le cou, la poitrine, les mains, jusqu'au bout des doigts, sont devenus d'une teinte très érysipélateuse ou sensiblement tuméfiés ; fort souvent, les doigts ont une teinte si remarquable, que, par la seule inspection de ces

parties, on peut aisément juger de la nature du mal.

« Un grand nombre de petites élevures, d'une couleur évidemment plus foncée que celle qui les environne, se font voir aux bras et à d'autres parties; elles sont plus larges, plus saillantes dans les personnes, et aux parties des mêmes personnes, où la rougeur est moins forte; et c'est en général aux bras, à la poitrine et aux extrémités inférieures.

« A mesure que la peau acquiert cette couleur, ordinairement le mal s'en va; le vomissement, et le dévoiement cessent d'eux mêmes, et il est rare qu'ils continuent après le premier jour.

« Les symptômes du gosier continuent d'être les mêmes, excepté que les places blanches deviennent d'un blanc plus opaque; et c'est alors que l'on découvre évidemment que, ce qui paraissait d'abord couvrir une tumeur prête à suppurer, est réellement une *escarre*, qui cache un ulcère de même étendue.

« Toutes les parties du gosier, dont on a parlé ci-dessus, sont sujettes à des ulcérations; mais, en général, on commence à les découvrir dans les angles, au-dessus des amygdales et sur les amygdales mêmes, quoiqu'on en remarque souvent à l'arcade formée par la luette et l'une des amygdales, ainsi qu'au derrière du pharynx, sur l'intérieur des joues et à la base de la langue, qu'elles recouvrent d'une croûte épaisse. Au lieu de ces escarres, quand le mal est bénin, on voit en quelqu'une, ou en plusieurs de ces parties, un ulcère superficiel d'une figure irrégulière, et que l'on a bien de la peine à distinguer des parties saines, si ce n'est que ces ulcérations occasionnent des inégalités dans la surface des parties qu'elles affectent.

« Les glandes *parotides* de chaque côté s'enflent communément, deviennent dures et douloureuses au toucher. Quand la maladie est violente, le col et la gorge sont environnés d'une grande tumeur œdémateuse qui s'étend quelquefois jusqu'à la poitrine, et augmente le danger en rétrécissant le canal du gosier.

« A l'approche de la nuit, la chaleur et les inquiétudes augmentent, auxquelles succède fort souvent un délire. Ce symptôme, que l'on remarque chez quelques malades dès la première nuit, paraît être fort différent des délires que l'on éprouve dans les autres maladies. Dans celles-ci, les malades répondent juste pour l'ordinaire, mais avec une précipitation démesurée. Quand ils sont seuls, ils se parlent à eux-mêmes sans aucune suite, et souvent à force d'affecter une trop grande tranquillité d'âme, ils découvrent que leur esprit tourne vers ce dérèglement ; cela arrive, pour la plus grande partie, à ceux qui dorment peu; car il y en a de si hébétés et de si stupides, qu'ils ne pensent à rien du tout.

« Ils continuent à être dans cet état pendant deux, trois, ou même un plus grand nombre de jours, et ordinairement ils sont pris de chaleur et d'inquiétude vers le soir; ces symptômes, ainsi que le délire, augmentent à mesure que la nuit approche ; une sueur plus ou moins abondante apparaît vers le matin ; et après cela les malades sont plus tranquilles » (*An Account...*, London, 1748).

3. — DUPUY DE LA PORCHERIE.

Dupuy de la Porcherie a décrit les ravages qu'exerça la scarlatine, dans le pays de Charon, en 1762. Les cas de mort furent nombreux. Le plus souvent les phénomènes

réactionnels étaient assez violents. La céphalalgie s'accusait fortement au-devant de la tête avec malaise, brisure générale, soif vive, inappétence, etc. La température fébrile, généralement élevée, s'accompagnait de battements très marqués du côté des carotides. Mais les principaux phénomènes morbides prédominaient du côté de la gorge ; la dysphagie existait même pour les liquides ; la peau de la région cervicale, souvent rouge, se montrait généralement empâtée, tendue et fort douloureuse au toucher. Les ganglions du cou et les *parotides* étaient très tuméfiés. Un sédiment jaune et visqueux recouvrait la langue ; les amygdales apparaissaient grisâtres, etc. Les saignées, pratiquées d'abord par le chirurgien de cette petite localité, ne faisaient qu'aggraver le mal, tandis que l'émétique amenait bientôt un soulagement notable. « Le nombre des malades que je soignais, dit l'auteur, augmentait de jour en jour et monta à cent et plus. Ils avaient en général le pouls petit et fréquent avec plus ou moins de chaleur et de sécheresse de la peau, un grand mal de tête, des *déjections* abondantes, avec plus ou moins de mal à la gorge, avec difficulté à avaler. Malgré la diversité apparente des symptômes, sous lesquels cette épidémie paraissait se marquer, il me fut aisé de reconnaître que la cause qui les enfantait était générale ; c'était dans tous une bile pure plus ou moins exaltée (cuite) qui passait avec plus ou moins de rapidité des premières voies dans les secondes, affectant la tête et la gorge des personnes de tous les âges, de tous les sexes et de tous les tempéraments ; dans ceux où elle se développait avec plus ou moins de fureur, elle formait dans le fond de la gorge, près de l'os hyoïde, dans la partie gauche, une inflammation qui *suppurait promptement*, et dont le pus

très divisé se répandait bientôt dans la trachée-artère et dans les bronches, d'où la mort s'ensuivait nécessairement. » Les éruptions décrites permettent de reconnaître la nature véritable du mal. Ajoutons que la relation de Dupuy de la Porcherie servit beaucoup à Sauvages pour dresser son tableau de *l'angine maligne.* Les quelques autopsies faites par l'auteur démontrèrent la présence dans la trachée-artère d'une nappe de pus presque continue (*J. de méd.*, 1745).

4. — MARTEAU DE GRANDVILLIERS.

Malgré son caractère *diphtéroïde*, le mal de gorge épidémique, décrit par Marteau de Grandvilliers, est bien nettement scarlatineux ; car l'auteur signale dans le cours de l'affection des éruptions cutanées « tantôt écarlates, tantôt cramoisies ». Il a donc tort d'employer le terme d'angine gangreneuse et de parler d'aphtes malins dans le sens d'Arétée et des médecins italiens du XVII[e] siècle.

Le fléau ne semblait pas de date ancienne en Picardie, où exerçait ce médecin, et sa première apparition ne remontait pas au delà de sept à huit ans. Bien que les enfants y fussent surtout sujets, les jeunes gens, les adultes et même les vieillards pouvaient en être atteints. Épidémique et contagieuse, la scarlatine ne frappait néanmoins « que peu de sujets à la fois ». Elle sévissait surtout en automne et au printemps, c'est-à-dire dans la « saison des pluies et des brouillards ».

Le mode d'invasion était extrêmement *variable* et c'était tantôt *l'état général*, tantôt la *gorge* que le mal troublait tout d'abord. La réaction locale s'effectuait du reste avec beaucoup d'intensité. La douleur dans la gorge était fort

vive et le gonflement des amygdales très marqué ; souvent, on constatait en même temps des élancements dans les oreilles, des bourdonnements, des sifflements, etc. Chez les *enfants*, il y avait fréquemment des vomissements, de la diarrhée. Sur les tonsilles apparaissaient de très bonne heure des taches blanches ; peu après se formait une véritable *pellicule* plus ou moins épaisse. La luette, le voile et le reste de l'isthme présentaient bientôt une teinte spéciale, tranchant sur le rouge livide des régions voisines. Quand le mal envahissait toute la cavité pharyngée, le pronostic était sérieux, à cause de la propagation habituelle au larynx. La voix devenait alors rauque, sourde, puis s'éteignait ; on voyait survenir une dyspnée intense et le *poumon* étant pris, « il n'y a pas de remède, dit Marteau de Grandvilliers, contre la putréfaction de ce viscère ». L'escarre de l'aphte gangreneux (variété maligne) est décrite assez longuement. En somme, la relation de l'épidémie est fidèle. On voit qu'elle a été écrite par un observateur consciencieux et avisé ; aussi croyons-nous devoir la rapporter.

« Rien n'est si irrégulier que l'invasion du mal de gorge gangreneux ; on ne sait où l'atteindre. Quelquefois il s'annonce par un léger sentiment de douleur et de chaleur à la gorge avec une petite fièvre très obscure, qui se développe au bout de deux ou trois jours ; quelquefois il est précédé pendant quelques jours par un malaise général, lassitude, bâillements, alternatives de petits frissons et de petites chaleurs ; d'autrefois il attaque subitement par un frisson ; d'autres fois par une douleur soudaine à l'une des amygdales, tantôt par un élancement subit *dans l'oreille*, du côté qui sera bientôt affecté, tantôt par un gonflement plus ou moins douloureux de la *parotide*

ou des *glandes maxillaires*. J'ai vu cette maladie commencer aussi par un vomissement; les malades s'étonnaient de vomir sans avoir, disaient-ils, mal au cœur.

« A ces premiers symptômes succédaient la difficulté d'avaler et une grande douleur à la gorge; la tête devient lourde, la douleur augmente; le plus souvent elle n'occupe qu'une amygdale, quelquefois elle s'étend *jusqu'à l'oreille*, avec *élancements, bourdonnements, sifflements*; la fièvre est quelquefois fort médiocre, quelquefois forte; le pouls dans ce dernier cas est ordinairement précipité, petit et serré, rarement est-il large, onduleux et mollet surtout dans les enfants; il y a souvent, dès les premiers jours, des nausées, des rapports nidoreux, des vomissements de matières jaunes, vertes, érugineuses et des flux de ventre abondants et *très infects*; les adultes au reste y sont moins sujets que les enfants.

« La plupart des malades ont le visage pâle et bouffi, et les yeux mornes, à moins que le pouls ne soit dilaté; l'abattement est toujours très grand dans les enfants; ils sont mous, manquent de courage et se plaignent d'oppression; dans quelques-uns, la respiration est entrecoupée de soupirs, et le mouvement des membres continuel.

« Si l'on observe la gorge, on y trouve tantôt une, tantôt les deux amygdales gonflées. Dans ces premiers instants elles sont ou blanches comme un morceau de veau saisi dans l'eau bouillante, ou d'un rouge purpurin et terne, ou se couvrent d'hydatides ou vésicules blanches; peu d'heures après, on y remarque une pellicule blanche, tantôt plus, ou tantôt moins épaisse; quelquefois on n'aperçoit que quelques petites taches semées çà et là sur l'amydale; sous peu d'heures elles ne forment qu'une

surface continue ; c'est ainsi que se forme l'aphte gangreneux ; rien n'est si rapide que ses progrès. J'en ai vu *qui de lenticulaires se sont en moins de deux heures étendus à couvrir toute* l'arrière-bouche.

« Peu à peu l'envahissement gagne la lutte et le voile du palais ; celle-là devient grosse, trainante, allongée ; tout le voisinage est d'un rouge livide, comme les chairs baveuses d'un ulcère qui tend à la gangrène ; il survient bientôt une couenne blanche ; alors la déglutition devient très difficile, et quelquefois impossible ; les boissons reviennent par le nez, la voix est rauque et nazillarde, la langue se couvre d'une crasse blanche, très épaisse et fétide ; le nez suinte une sérosité limpide ou blanchâtre ; la salivation est un symptôme presque général ; elle est abondante, muqueuse et quelquefois de mauvaise odeur ; quelques malades sont attaqués d'un espèce de rhume ou catarrhe ; les expectorations ne sont que glaireuses.

« Si l'aphte fait des progrès ultérieurs, il jette des fusées, tantôt à la membrane pituitaire, tantôt au pharynx et tantôt au larynx ; c'est toujours un pronostic fâcheux, quand on cesse d'en apercevoir la base ou la circonscription.

« Quand il gagne la membrane pituitaire, la voix devient très nazillarde ; le nez suinte un ichor caustique, blanc comme du petit lait, qui picote la membrane pituitaire, produit l'enchifrènement, des envies inutiles de moucher, des éternuements et des saignements de nez fréquents, mais goutte à goutte ; il enflamme aussi, gonfle et quelquefois excorie les narines et la lèvre supérieure.

« Si l'aphte s'étend au pharynx, il y a bien du danger qu'il ne gagne promptement l'œsophage et l'estomac ;

ce sont alors des hoquets et des vomissements ; ces symptômes deviennent plus terribles, à proportion que l'aphte gagne de plus près le ventricule ; car alors, l'estomac se révoltant à la présence des aliments et des remèdes, ces malades sont sans ressource.

« Quand l'aphte s'étend vers le larynx, la voix devient rauque et sourde, différente de l'esquinancie, dans laquelle la voix est grêle, aigre et glapissante ; de là il gagne la trachée-artère, le malade tombe presque toujours dans une aphonie ou extinction de voix proportionnelle aux progrès de l'aphte ; s'il s'étend enfin jusqu'aux poumons, c'est une toux férine qui survient, mais sourde, avec une oppression pneumonique : il n'est point de remèdes contre la putréfaction de ce viscère ; les plus grands efforts de l'art se bornent à la prévenir ; de la célérité du traitement dépend le succès.

« Il se fait *des éruptions* dans cette maladie : la plus générale est l'éruption *rouge* ; tous les malades n'y sont pas sujets, cependant elle est plus commune parmi les enfants et les jeunes gens où la peau devient tantôt *écarlate*, et tantôt *cramoisie* ; elles se font presque toujours sans sueurs et peuvent être regardées comme salutaires, survenant au mal de gorge ; quand, au contraire, le mal de gorge succède à l'éruption, quelque universelle que soit celle-ci, c'est une preuve qu'elle n'a pas suffi à la dépuration de l'humeur morbifique ; ce qui reste, confondu dans la masse, ne manque jamais de produire des désordres et enfin une disposition générale à la gangrène, qui se manifeste promptement par des taches pourprées, brunes ou violettes et par la putréfaction subite des cadavres.

« Le mal de gorge gangreneux et la fièvre rouge laissent souvent après eux des suites fâcheuses, telles

qu'éruption de gale, toux sèches, des *endurcissements squirrheux des amygdales*, etc.

« Quand l'aphte gangreneux se termine en bien, l'escarre diminue peu à peu, blanchit, s'amincit ; le contour s'affaisse, devient plus vermeil et plus fleuri ; l'escarre se divise, et laisse apercevoir entre plusieurs bandes blanches, des chairs de couleur naturelle ; la déglutition devient plus facile ; ces cures sont ordinairement terminées en cinq jours, au plus tard à la fin du septième, quoique la fièvre s'opiniâtre quelquefois au delà ; en tous cas, j'en ai plus d'inquiétude, quand l'ulcère est détergé.

« Quand l'aphte gangreneux se termine en mal, il tue quelquefois en deux ou trois jours, communément en quatre ou cinq ; rarement épargne-t-il jusqu'à la fin du septième ; j'ai cependant vu quelques cas où les malades ont vécu près d'un mois.

« L'aphte qui devient mortel, s'étend, s'épaissit, comme une *couenne de lard*, devient jaune, gris, brun ou noir ; le voisinage est rouge, cramoisi, sec et luisant ou pâle et livide ; s'il se détache des escarres, les chairs subjacentes sont livides, gonflées, spongieuses et produisent sous peu d'heures une nouvelle croûte gangreneuse ; la gorge est insensible, la langue se gonfle, surtout à sa base, l'haleine est fuligineuse et le plus souvent d'une puanteur insoutenable ; aux approches de la mort, les yeux sont caves, tristes, larmoyants, ténébreux, et les extrémitées plombées. » (*J. de méd., 1759.*)

5. — TISSOT.

Tissot a décrit assez succinctement, mais d'une façon précise, l'épidémie de scarlatine maligne à forme angi-

neuse, qui régna en 1760 à Genève et dans les environs. Il fait tout d'abord une remarque intéressante, qui est la *coïncidence de maux de gorge ordinaires* très fréquents avec ceux d'angine spécifique. Y avait-il tendance, par suite de certaines conditions climatériques, aux phlegmasies pharyngées ? Tissot n'est guère explicite sur ce sujet mais la chose est possible ; car on était au printemps, saison où les vicissitudes atmosphériques sont fréquentes et subites.

En tous cas, cette circonstance rendait parfois le diagnostic assez délicat, les deux affections débutant par du frisson, de la fièvre, du malaise, de la dysphagie. Mais, on remarquait cependant avec un peu d'attention, dans la plupart des cas, des différences assez tranchées. Dans l'angine scarlatineuse, il y avait de la toux, une certaine oppression. Ceci est assez particulier ; car actuellement l'envahissement laryngé et bronchique est assez rare, contrairement à ce qui a lieu dans la rougeole. Mais nous tenons à rappeler que, dans les épidémies du XVIIe siècle, il n'en a pas été de même. Y avait-il en même temps bacille de Löffler et la phlegmasie des voies aériennes était-elle, en conséquence, pseudomembraneuse ? L'intensité de la fièvre, la sécheresse de la gorge, le pouls fréquent et bondissant, le gonflement notable des amygdales, se voient encore facilement de nos jours dans les esquinancies scarlatineuses tant soit peu accentuées. Mais, ce qui révèle le caractère malin de ces lésions buccopharyngées, c'est que les parotides et surtout les glandes sous-maxillaires étaient énormément tuméfiées ; il paraît même que la douleur, dont les malades se plaignaient le plus, siégeait au niveau de ces dernières. Quand le mal était grave, tout le cou gonflait ; toutefois

Tissot ne signale pas l'adénite ganglionnaire, cause de cette tuméfaction.

L'abattement et l'assoupissement étaient très marqués. Quant à l'éruption, elle se généralisait ; tout le corps était d'un *rouge intense*. On aurait constaté parfois de *véritables ulcérations* au niveau des amygdales.

Parfois, surtout chez les adultes, le mal de gorge se dissipait sans érythème et sans sueur; néanmoins l'asthénie restait tout aussi marquée et la guérison ne s'effectuait complète qu'au bout d'un temps assez long.

Enfin, chez certains sujets, malgré l'existence de ces phénomènes putrides accentués du côté de la gorge, le processus inflammatoire du pharynx restait peu intense.

6. — READ.

A la suite de considérations générales sur la situation du village de Mouron, où sévit l'épidémie dont il s'est fait l'historien, et après s'être apitoyé, suivant le goût du temps mis à la mode par Rousseau, sur l'infortune de ces pauvres villageois, Read note que le fléau fit son apparition à l'entrée de l'hiver, vers le mois de novembre 1777.

Les enfants et les adolescents y étaient surtout sujets. Le mal s'annonçait par de la sécheresse et de l'endolorissement *au niveau du cartilage thyroïde, à la base de la langue*; puis apparaissait un gonflement notable des amygdales, des ganglions du cou, des parotides ; la langue s'épaississait et se couvrait d'aphtes. « La respiration était gênée, la déglutition difficile. » Les malades présentaient une fièvre violente, avec pouls dur et bondissant « qui perdait de ce caractère le troisième ou quatrième jour, pour devenir souvent faible et irrégulier.

Il y avait céphalalgie gravative au-devant de la tête, assoupissement, prostration et souvent un peu de délire. Le visage était enflammé, les yeux saillants, ardents. « Le principe putride s'annonçait bientôt par les nausées, la fétidité de l'haleine, l'état saburral de la langue, les excréments verdâtres d'une odeur insupportable et toujours mêlés de vers ; les malades en rendaient aussi par la bouche ». Les selles étaient fort abondantes, blanchâtres, fétides, présentant en un mot ces accidents de *gastroentérite*, dégénérant parfois en *dysenterie*, que l'on a signalés dans quelques épidémies du XIXe siècle. Un autre phénomène, sur lequel Read insiste beaucoup et qui paraît assez anormal, c'est un flux insupportable de matières âcres et fétides, s'écoulant par la bouche et les narines, en les excoriant. « L'abondante évacuation que procuraient les vésicatoires à chaque pansement, suppléait avantageusement à cet écoulement incommode ». L'éruption cutanée s'effectuait dès le deuxième jour ou au commencement du troisième. Read est frappé de cette précocité qu'on ne retrouve pas, dit-il, dans les fièvres exanthématiques. Elle se faisait par vastes plaques que l'auteur appelle « pétéchies » ; leur couleur souvent livide, les phlyctènes gangreneuses qu'il signale, lui paraissent un signe caractéristique de la malignité putride du mal, tout autant que la noirceur des lèvres et des dents. Il survenait ensuite une desquamation farineuse abondante.

« Les phénomènes relatifs à l'engorgement des parties internes de la gorge, et principalement l'inflammation des amygdales étaient bientôt portés au plus haut degré d'intensité ; la gangrène de ces parties s'annonçait le troisième ou le quatrième jour par une puanteur intolérable. La langue, qui avait été blanchâtre dans les pre-

miers moments de l'invasion de la maladie, brunissait vers la base. Le pouls auparavant dur et vif perdait ces deux caractères et devenait inégal et intermittent; de l'anxiété, un délire actif succédaient à l'assoupissement et au délire obscur primitif; la mort qui suivait était toujours accompagnée de mouvements convulsifs, qui rendaient affreux le spectacle de l'agonie des victimes de cette épidémie. »

A l'ouverture de quelques cadavres, on constata des dépôts puriformes dans la gorge, le larynx et la trachée. Les amygdales paraissaient très altérées (*J. de méd. 1768*).

7. — RÉGNAULT

Régnault décrit assez fidèlement une épidémie d'angine scarlatineuse grave, à Lormes; il paraît complètement ignorer les travaux de ses prédécesseurs.

« Par les renseignements que j'ai pu prendre, et par ce que j'ai observé sur celui que nous vîmes ensemble, voici ce que je sais de plus positif sur les principaux symptômes et l'espèce de traitement qui a le mieux réussi : chez le plus grand nombre, la maladie commence par une douleur à la gorge, sans frisson ni fièvre; d'abord très légère, elle fait ordinairement dans l'espace de douze à quinze heures des progrès si rapides, qu'il survient une très grande difficulté, même impossibilité d'avaler. La respiration devient aussi très laborieuse, avec une espèce de *strangulation;* la face et le cou se tuméfient et prennent une couleur d'un rouge livide. Le pouls, dans le commencement presque naturel, devient ensuite fréquent, intermittent, *irrégulier*, quelquefois convulsif et ordinairement petit; les forces sont opprimées et on meurt ainsi le deuxième, troisième ou le qua-

trième jour de la maladie. L'inspection des parties de la gorge, pour l'ordinaire, n'offre rien contre nature. Quelquefois cependant on aperçoit aux environs des amygdales, et dans la partie postérieure et supérieure du pharynx, un léger engorgement avec des aphtes. Chez quelques-uns, il y a en même temps, dès le commencement, une douleur de tête très violente, qui est parfois le symptôme prédominant, ou l'unique. Chez d'autres, des douleurs de poitrine, qu'on appelle points de côté, moins violentes cependant que dans la vraie pleurésie, se font ressentir dès le commencement, avec ou sans le mal de gorge, ou lui succèdent de très près; le premier siège de la maladie devient toujours un peu plus libre, à mesure qu'une nouvelle partie s'embarrasse. La toux sèche accompagne les points de côté, ensuite les malades ont une expectoration plus ou moins abondante, mais jamais parfaitement critique, d'une matière crue, d'un blanc jaunâtre, et quelquefois un peu sanguinolente. Chez quelques-uns, les premières voies ne paraissent nullement embarrassées, chez d'autres il a des signes de saburre, et même des vers. »

L'auteur passe ensuite en revue les ravages que le fléau avait exercés dans le voisinage. « Quoique dans l'endroit que j'habite, et les lieux circonvoisins, cette constitution épidémique ne se trouve pas manifestée, le plus grand nombre des maladies courantes, comme fièvres bilieuses et catarrhales, m'ont paru tenir un peu de son caractère, par les douleurs légères de la gorge, les points de côté, la petitesse et l'irrégularité du pouls et quelquefois même l'oppression des forces vitales. Dans la paroisse de Brassy, distante de deux lieues et demie de Lormes, la rougeole, qui a enlevé un grand

nombre d'enfants et de jeunes gens, a eu beaucoup d'analogie avec elle.

« Le 10 mars, je fus mandé pour voir la demoiselle Petilier de Chaumail, de cette paroisse, âgée de vingt sept à vingt-huit ans, d'un tempérament sanguin phlegmatique, chez qui depuis trois jours l'éruption de la rougeole (?) avait commencé à se faire assez bien. Cependant les nausées, les vomissements des boissons, la toux sèche, les douleurs de la gorge et de la poitrine augmentaient continuellement. L'oppression était extrême, le pouls très petit, convulsif, fort irrégulier, et quelquefois même intermittent et si vite, qu'à peine on en pouvait compter les pulsations. Je prescrivis à la malade une potion antispasmodique et cordiale, faite avec le sirop d'œillet, l'eau distillée de pouliot, la liqueur anodine minérale, la teinture de safran et un peu d'eau de mélisse composée. La malade prenait de cette potion par cuillerées, avec une infusion théiforme de fleurs de tilleul et d'hypericum. Après quelques heures d'usage de ces moyens, il y eut un mieux marqué; les nausées et les vomissements étaient beaucoup diminués, l'oppression était un peu moins grande et le pouls meilleur. Pendant cinq ou six heures que ce mieux dura, je lui fis prendre deux fois des pédiluves. Sur les dix heures du soir, les mêmes symptômes augmentant de nouveau, je lui fis appliquer les vésicatoires aux jambes, et prescrivis en même temps des bols de *nitre* et de *camphre*, de manière que toutes les heures, elle prenait environ deux grains et demi à trois grains de cette dernière substance ; toutes les fois que les nausées recommençaient, on lui donnait de la potion ci-dessus prescrite, qui les calmait assez efficacement. Le lendemain, il y eut un si grand

changement en mieux, que, quoique l'éruption n'eut pas augmenté, tous les symptômes avaient entièrement disparu, et le pouls était presque dans son état naturel. Comme il y avait des signes de saburre, elle fut purgée le surlendemain, et guérie peu de jours après ».

8. — DE HAEN.

De Haen (voir son petit *Traité des fièvres*), fait remarquer combien l'angine peut s'accentuer dans les formes malignes de la scarlatine. Nerucci en Italie, Ch. Lange en Saxe, ont observé quelques exemples de ces esquinancies; lui-même a observé à Haag une épidémie de ce genre qui tua beaucoup d'enfants, mais enleva aussi un certain nombre d'adultes. La gorge et la bouche elle-même devenaient le siège d'*ulcères de mauvaise nature*; lorsque le mal s'étendait, les os sous-jacents étaient parfois frappés de carie (?). Parfois, les parotides prenaient un développement très considérable.

9. — PLENCIZ.

Plenciz a composé sur la scarlatine un traité où Syden ham, Morton, Huxham, Navier etc., sont largement mis à contribution; mais il a utilisé aussi ses remarques personnelles; il a notamment assez bien décrit l'angine des formes graves de la scarlatine. « Il y a, dit-il, un gonflement intense des parties qui constituent la gorge, de telle sorte que souvent le malade ne peut ni avaler, ni parler, ni même respirer librement, ce qui indique, comme on le voit, un degré très marqué d'inflammation, et celle-ci occupe non seulement le pharynx, le larynx, la base de la langue, les

tonsilles et les autres portions de l'isthme, mais peut gagner l'œsophage, l'estomac, la trachée-artère et même les poumons. Dans ces cas, le malade est pris de nausées, de vomissements, de toux sourde et fréquente, d'oppression et parfois même d'orthopnée. » Les dépôts pultacés des amygdales, le jetage nasal, la dépression des forces, l'état misérable du pouls, etc. sont assez bien étudiés.

Dans la scarlatine normale, dit-il, la gorge est également prise. Mais il fait ressortir que les lésions se bornent alors à une rougeur intense avec une chaleur incommode. Les amygdales sont tuméfiées, et il en résulte une certaine gêne dans la déglutition.

10. — ROSEN

Rosen, qui a eu le tort avec Home de séparer le croup de l'angine diphtérique, étudie assez bien dans son traité des maladies des enfants l'angine scarlatineuse. « Elle commença toujours par un embarras à la gorge... le mal de gorge augmentait si promptement, qu'en un jour cette partie était très rouge et très enflée ; le sujet en s'éveillant avait la respiration précipitée et laborieuse... au quatrième jour il leur survenait encore de l'enrouement et ils commençaient à expectorer une grande quantité de phlegme, qui se détachait de la gorge par les injections... le septième jour paraissent aux oreilles, à la gorge, aux articulations des mains et des pieds, certaines petites vessies semblables au purpura blanc, mais vides. » Chez certains malades, il y eut des amygdalites de mauvais aspect, une tuméfaction considérable de l'isthme, etc. ; chez d'autres la réaction locale était très bénigne.

III. — AUTEURS AYANT ÉCRIT SUR LA VARIOLE ET LA ROUGEOLE

Les médecins arabes, Rhazés, Avicenne, Hali-Abbas avaient déjà signalé nettement les troubles morbides, que déterminent la variole et la rougeole du côté du pharynx. Les auteurs des temps modernes ajoutèrent peu de chose aux connaissances de leurs prédécesseurs sur ce sujet, qui semble leur paraître d'une importance secondaire. Sennert, Ethmuller, Boerhaave lui même n'ont, pour ainsi dire rien écrit d'intéressant sur les déterminations gutturales de ces fièvres exanthématiques. Du moins les épidémiologistes anglais Sydenham, Huxham et surtout Morton, sont heureusement un peu moins concis, sinon sur la rougeole qu'ils *négligent* comme les autres, du moins sur la variole.

1. — SYDENHAM.

Sydenham signale la dysphagie, la rougeur et la sécheresse de la gorge ; il insiste surtout sur la salivation qui lui paraît être un des moyens principaux que la nature emploie pour se débarrasser du venin morbifique. Les allures du phénomène sont assez bien notées, soit dans la variole discrète, soit dans la variole confluente. Considérant le ptyalisme comme un symptôme normal et nécessaire, ainsi que la diarrhée, il défend qu'on le combatte. Voici du reste comment il s'exprime à son sujet : « La salivation vient quelquefois dès que l'éruption commence et quelquefois un jour ou deux après. On rend d'abord une matière claire, qui durant quelque

temps sort avec facilité, et une grande abondance. Cette salivation ne diffère pas beaucoup de celle que produit le mercure, excepté qu'elle n'a pas une si mauvaise odeur. Vers le onzième jour la salive s'étant épaissie, le malade crache avec beaucoup de peine, il est altéré, il tousse de temps en temps en buvant, et la boisson revient par le nez. La salivation cesse le plus souvent dès ce jour là ; quelquefois aussi, après avoir cessé entièrement pendant un jour ou deux, elle recommence ensuite, mais cela est rare. Le même jour c'est-à-dire le onzième, le gonflement du visage diminue en même temps que la salivation ; au lieu de quoi les mains se tuméfient, ou doivent se tuméfier. » Dans les varioles confluentes, il n'y a point diminution graduelle du ptyalisme et des phénomènes cutanés. « Quoi qu'il en soit, la salive qui, jusqu'au onzième jour, était claire et coulait facilement devient épaisse et visqueuse, et menace de suffoquer le malade. La boisson qu'il prend tombe aisément dans le poumon ; ce qui fait qu'elle est rejetée par le nez avec une violente toux ; la voix est rauque ; il survient un assoupissement profond ; enfin le malade succombe à tant de maux, et il meurt le jour que nous avons dit. »

Cet auteur, d'autre part, avait observé les gangrènes buccopharyngiennes et nasales, au décours de l'affection. « Des ulcères phagédéniques rongent diverses parties du corps. Ils commencent ordinairement par attaquer le gosier ; ensuite, s'étendant insensiblement le long du palais, ils gagnent les cartilages du nez, les détruisent et causent la chute entière du nez. »

2. — MORTON.

Morton a signalé assez longuement les troubles gutturaux que l'on peut rencontrer dans la variole. « On voit fréquemment, dit-il, dans les formes cohérentes ou confluentes, après la première semaine, quand les pustules sont encore à demi gonflées par une humeur séreuse, claire ou déjà un peu opaque, le malade pris d'un ptyalisme intense, avec fièvre, délire et autres troubles nerveux qui montrent l'infection du cerveau, quand le virus commence à *s'éliminer* par les glandes salivaires, ou par une autre voie, et on trouve la gorge et des régions qui n'avaient pas été d'abord atteintes, rouges et gonflées vers le quatorzième jour ou le dix-septième jour de l'affection. » Un peu plus loin, l'auteur reconnaît que la salivation apparaît à la période de maturation (suppuration). Il serait mauvais que cette hypersécrétion soit peu abondante ou qu'elle se supprime, le mal pouvant alors, comme lorsque les boutons s'affaissent, dégénérer en une synoque maligne avec convulsions, délire, etc. Parfois le ptyalisme se prolonge en même temps que persistent les lésions cutanées, qu'il appelle dans ce cas *scabies nigra*, tourmentant et épuisant les malades. Chez certains sujets dont l'éruption avorte, la salivation et les autres pertubations des organes internes décélent seules l'existence du mal. Le froid de l'hiver, en gênant l'élimination de la lymphe âcre par les glandes, amène trop souvent l'apparition « de la toux férine et suffocante, d'éternuements incessants et fatigants, d'une voix rauque, d'une douleur dans la gorge, d'un gonflement notable des amygdales. » Mêmes remarques, lorsque Morton décrit l'éruption variolique et ses modifications

pendant la saison rigoureuse de l'année. Par les temps très froids, il a constaté un gonflement inflammatoire marqué, non seulement des amygdales et de la luette, mais encore de toute la gorge, parce que le venin de la variole ne pouvant plus s'éliminer par la peau, s'échappe au niveau de cette cavité, qu'il corrode par son acrimonie. Non seulement, il en résulterait un ptyalisme très marqué, de la douleur, une forte dysphagie, mais souvent de la suffocation, qui menace d'emporter les malades. Ses observations sont d'assez beaux exemples des troubles gutturaux, que peut déterminer la variole, et de la dysphagie résultant des lésions buccopharyngées.

3. — HUXHAM.

Huxham attribue les perturbations observées du côté de la gorge, chez les varioleux, à des *pustules* analogues à celles qu'on retrouve sur la peau. Il recommande de réduire autant que possible cet énanthème, en détournant le mal vers l'extérieur ; car, sans cela, dit-il, on pourrait voir survenir les complications les plus graves. Il reconnaît, et ceci est exact, que la dysphagie s'accuse surtout à la période de suppuration. La salivation peut alors prendre des proportions tout à fait alarmantes. Bien qu'il signale les excoriations de la langue, des lèvres et de la gorge, il est moins explicite sur les lésions d'allure grave, que Sydenham et Morton. On sent que, pour lui, les altérations de l'appareil respiratoire sont beaucoup plus importantes que celles de la bouche ; c'est sur elles surtout qu'il attire l'attention, insistant tout particulièrement sur la raucité de la voix et les phénomènes de suffocation (œdème glottique

de la variole). Du reste, voici le passage de Huxham.

« De grands éternuements et un rhume de la gorge et du cerveau indiquent que la membrane de Schneider qui tapisse tous ces passages est considérablement affectée, et qu'il faut travailler à rappeler au dehors l'humeur varioleuse qui s'y porte ; car un petit nombre de pustules dans la gorge et dans les narines est d'une bien plus dangereuse conséquence, qu'un nombre beaucoup plus considérable qui se rejette sur l'habitude du corps. Elles produisent ordinairement une grande difficulté de respirer et empêchent la déglutition surtout vers la fin de la maladie, ce qui étouffe très souvent le malade, à moins qu'on ne fasse un grand usage de gargarismes, d'injections, etc. J'ai vu quelquefois la matière variolique se jetter si abondamment sur ces parties, qu'elle produisait une salivation excessive, même au commencement de la maladie, ce qui tenait le malade continuellement éveillé, lui excoriait la langue, les lèvres et la gorge et occasionnait des douleurs si vives que cela contribuait à prolonger l'insomnie, et rendait la déglutition des boissons et des aliments solides, etc. presque insupportable. Lorsque cela arrive, il faut absolument appliquer des vésicatoires au col, derrière les oreilles, etc. »

IV. — AUTEURS AYANT ÉCRIT SUR LES ANGINES CLIMATÉRIQUES

(*Fièvre catarrhale des anciens, grippe des modernes.*)

Introduction.

Les médecins grecs ont esquissé en quelque sorte ce type morbide si intéressant, mais parfois si confus,

dont les principaux éléments paraissent se rapporter à la grippe (1). En effet, Hippocrate admettait que le phlegme sécrété par le cerveau peut, en descendant, envahir successivement les fosses nasales, la gorge, les voies respiratoires supérieures et même le poumon, soit à l'état isolé, soit d'une façon concomitante (Voy. *Aphorismes*, *Prénotions coaques*, *Traité des épidémies*, *Traité des maladies*, etc). Cette concomitance de phlegmasies multiples et voisines se trouve également signalée d'une façon très nette par quelques-uns de ses successeurs, notamment par Arétée (Voy. page 178, Tome I.) L'adjonction de la bile à la pituite par Galien ne modifia pas la théorie fluxionnaire ou plutôt rhumatismale (de ῥέω, je coule) de l'époque. La nouvelle humeur servit seulement à expliquer des différences symptomatiques (caractère plus violent de la réaction inflammatoire, sécrétions peu abondantes, douleur plus vive, etc).

Les causes invoquées pour expliquer la production de ce catarrhe sont en premier lieu une constitution atmosphérique humide et froide, les vicissitudes brusques de la température, un air irritant, etc. Les vices de régime, les prédispositions individuelles (tempérament) expliqueraient pourquoi certains sujets sont frappés pendant que d'autres restent indemnes. Les auteurs de cette période remarquent que les affections dites catarrhales ne surviennent qu'à certains moments, atteignent un grand nombre d'individus, en un mot règnent d'une *façon épidémique*.

Les écrivains arabes, ceux du moyen âge, s'en sont tenus étroitement à ces doctrines. On peut même affirmer que

(1) Comme on le sait, divers microbes — autres que celui de l'influenza — peuvent parfois produire ces inflammations d'allure catarrhale.

les médecins de la Renaissance n'ont fait également que reproduire et développer ces hypothèses. C'est ainsi que Fernel, Baillou, Duret, Mercado, etc. regardent le catarrhe comme une fluxion, une « distillation des humeurs » se propageant de la tête au reste du corps. Quelle que fût l'erreur fondamentale du point de départ, c'est bien du nez, considéré alors comme l'émonctoire du cerveau, vers la gorge et le tube aérien proprement dit, que se dirige d'ordinaire la traînée inflammatoire dans ces processus morbides vagues que l'on qualifie de grippe. Mais depuis Avicenne, qui a fait des affections dites pituiteuses de la gorge une description si remarquable, on tendit de plus à incriminer exclusivement la pituite, parce qu'ici la phlegmasie relativement peu intense, peu douloureuse, est tenace et qu'elle s'accompagne d'une hypersécrétion abondante et rapidement visqueuse. On incrimina cette humeur tantôt « aqueuse et douce », tantôt « âcre et salée » ; on supposa que c'est elle qui provoque ces maladies à siège si varié, mais si semblables.

Au XVII[e] siècle, les idées commencent à se modifier, grâce surtout au iatrochimisme. Nous avons montré autre part qu'invoquant des perturbations chimiques des humeurs, Sylvius de le Boé avait admis déjà une véritable fièvre catarrhale, comme entité morbide. Schneider au contraire en fait un trouble fonctionnel des glandes qu'il avait découvertes dans la muqueuse pituitaire (Voy. son célèbre traité *De catarrho*). Hoffmann revient à l'hypothèse de Sylvius ; il considère le catarrhe comme une *affection générale*, produite par une altération de la sérosité, sous la dépendance des brusques perturbations atmosphériques. Trompé peut-être par les douleurs rhumatoïdes, si fré-

quentes dans l'influenza, il confond le catarrhe avec le rhumatisme pour en faire en quelque sorte une maladie unique. Cependant, il reconnaît que les flux des différentes muqueuses dépendent d'une altération spéciale de ces membranes ; il se rattache ainsi en partie aux conceptions solidistes que devait développer plus tard Broussais. Van Swieten adopte les vues d'Hoffmann et groupe ensemble les catarrhes des muqueuses et les fluxions articulaires. Pour lui, les différences observées dans ces diverses manifestations morbides tiennent seulement au point de départ et au siège d'élection des humeurs incriminées ; mais toutes sont mobiles et peuvent envahir d'emblée ou successivement un grand nombre d'organes divers. Stoll, qui avait un grand penchant pour les hypothèses humorales (elles semblaient du reste fournir une explication assez plausible des faits révélés par la clinique), soutint naturellement les théories d'Hoffmann sur le catarrhe et le rhumatisme. Il les regarda comme des états morbides congénères, engendrés par la surabondance et l'acrimonie de la lymphe, de la sérosité, de la pituite que détermine le froid humide agissant sur un terrain favorable. Il admit dans ce grand type morbide ainsi constitué trois divisions principales : les fièvres rhumatiques, catarrhales et pituiteuses.

Cependant, la théorie qui fait de toutes ces inflammations catarrhales autant de phlegmasies distinctes pouvant coïncider, mais n'ayant pas de rapports étroits entre elles, avait à cette même époque du XVIIe et du XVIIIe siècle d'illustres représentants. Après Schneider étaient venus Bonnet, Willis, Sydenham, Boerhave, Morgagni. Sans nier tout à fait les anciennes idées humorales, ces auteurs

s'attachèrent à prouver que le catarrhe n'est au fond qu'une inflammation d'un type spécial, frappant les muqueuses. Bordeu localisa d'autre part le catarrhe dans le tissu cellulaire. Celui-ci deviendrait le siège d'une sorte d'engorgement de matière analogue au suc nourricier. Cullen de son côté ne vit dans le catarrhe qu'une hypersécrétion des muqueuses nasale, pharyngienne, laryngée, bronchique, accompagnée de fièvre, et déterminée par son fameux *processus de l'irritation*. Enfin Pinel complète la révolution accomplie peu à peu dans les idées pathogéniques, en rangeant résolument le catarrhe dans les phlegmasies locales. On oubliait ainsi de tenir compte de l'état général si spécial des malades atteints de ces affections catarrhales, de la multiplicité de celles-ci, de leur mobilité, de leur caractère envahissant, de la coïncidence fréquente d'inflammations viscérales souvent fort graves. On méconnaissait en un mot la véritable nature de ces troubles morbides, dont Stoll faisait une sorte de maladie générale, analogue par exemple à la fièvre typhoïde.

Les travaux accumulés sur cette question au cours du XIX[e] siècle ont mis tout le monde d'accord, en supprimant l'explication puérile du flux des humeurs, mais en maintenant l'entité morbide et en donnant le plus souvent pour substratum à ces manifestations l'influenza...

Nous ne passerons en revue ici que les auteurs qui ont réellement eu en vue la grippe et les déterminations buccopharyngées signalées par eux seront mises en italiques.

1. — BAILLOU.

Baillou rapporte qu'en 1574, il se produisit à Paris un grand nombre de bronchites, de maux de dents, de *maux de gorge*, d'enchifrènement avec écoulement de sérosité âcre par le nez, de douleurs (*distillationes*) dans les parties inférieures du corps. Il y eut même quelques apoplexies. Enfin il signale des souffrances vagues dans la colonne vertébrale, les épaules, etc.

2. — RIVIÈRE.

Rivière est un des premiers à signaler non seulement les épidémies grippales, mais encore leurs déterminations pharyngées.

Un médecin de Nîmes, dont il ne donne pas le nom, raconte qu'on l'appelait coqueluche, et qu'elle exerçait, en 1557, des ravages considérables, soit dans la ville, soit dans les environs.

La plupart des malades étaient enlevés le quatrième, le septième ou le quatorzième jour au plus tard. Ils toussaient beaucoup et présentaient une *violente inflammation à la gorge*, une fièvre continue, une céphalalgie très marquée avec courbature et dépression considérable des forces, et un enchifrènement qui gênait beaucoup la respiration, etc. Ceux qui échappaient étaient pris d'une sueur fétide. Il fallait surtout recourir aux toniques et aux purgations douces.

En 1580, le même observateur cité par Rivière signale une sorte de peste précédée de la sortie prodigieuse de quantité d'insectes; les chemins en étaient tellement

couverts, qu'en marchant, on les écrasait par milliers. La maladie s'annonçait par de la fièvre, de la toux, un peu de dysphagie, de violentes douleurs dans les reins, de la courbature. Les frénésies (phénomènes ataxo-adynamiques) étaient fréquentes et souvent le mal dégénérait en une sorte de phtisie lente (1).

3. — SENNERT.

Parlant des ravages que la grippe fit à Rome en 1580, Sennert montre à quel point elle se montra funeste à la population de cette ville. (D'après Schenkius, elle fit périr plus de neuf mille de ses habitants, chiffre considérable, celui-ci ne dépassant pas alors 150 000). La maladie s'annonçait, dit-il, par une céphalalgie violente, un assoupissement continuel ou parfois de l'insomnie, une toux sèche, un sentiment de constriction thoracique et diaphragmatique, *de l'âcreté dans la gorge*. La convalescence, quand les malades n'étaient pas emportés par des complications pulmonaires ou nerveuses, ne s'établissait guère que vers le trentième ou le quarantième jour. Cependant, la mortalité était relativement peu élevée, étant donnée la fréquence extraordinaire de l'affection. La saignée produisait, d'après Sennert, des résultats désastreux.

4. — THOMAS WILLIS.

Thomas Willis a fourni d'intéressants détails sur l'épidémie catarrhale de Londres en 1658. L'hiver très froid s'était prolongé, empiétant sur la saison suivante. *Le*

(1) Cette épidémie se propagea en Allemagne et en Italie, où elle fit périr beaucoup de monde, suivant Sennert.

latex serosus, dont le sang était surchargé, ne put, selon lui, s'éliminer par la transpiration, et se reporta sur les poumons, qu'il altéra plus ou moins profondément.

L'épidémie débuta brusquement en avril *sans aucun prodrome*. La grippe amenait tout d'abord une toux fatigante avec crachements incessants. *Quelquefois aussi, l'humeur se jetait sur le palais, le gosier et les narines*. La fièvre était vive, l'abattement profond et le malade ressentait de la courbature dans le dos et les membres. La mort était assez longue à se produire et survenait au milieu de phénomènes hectiques. Les individus vigoureux guérissaient le plus souvent.

5. — ETHMULLER.

Ethmuller s'est fait l'historien des épidémies de 1669 et 1676.

En 1669, il se produisit surtout de la toux, de l'enchifrènement, de la dysphagie, des douleurs de tête, de la courbature. Les sudorifiques, les boissons cordiales, le succin donnaient d'excellents résultats.

En 1676, où les pluies avaient été fort abondantes, la grippe sévit avec fureur, caractérisée surtout par ses déterminations bronchitiques, laryngées et nerveuses chez quelques malades; l'aphonie était complète et parfois la suffocation telle qu'on était en droit de craindre une terminaison funeste. La plupart des patients ressentaient une constriction thoracique très pénible. Comme Willis, Ethmuller incrimine surtout l'arrêt de la transpiration, conséquence naturelle de l'humidité de l'air. Cette humeur contractant une acrimonie particulière, par son séjour prolongé dans l'organisme, amenait une irritation

des corpuscules hétérogènes des narines, de la gorge, du larynx, de la trachée-artère, des poumons. Elle se reportait intérieurement sur les glandes de ces parties et sur toutes les membranes, produisant de l'enchifrènement, de la toux, des douleurs méningitiques, etc. Pour combattre ces symptômes, l'auteur recourait aux préparations opiacées, aux diurétiques (pour évacuer la lymphe) et aux sudorifiques. Il proscrivait à peu près la saignée, sauf au début, et recommandait les toniques.

6. — HOFFMANN.

Après avoir rapporté les conditions atmosphériques défavorables de 1728 et de 1729, Hoffmann signale, durant ces deux années, un grand nombre d'affections catarrhales plus ou moins bénignes, qui devinrent contagieuses en décembre et en janvier et furent accompagnées d'exanthèmes, de fausses pétéchies et de pourpre (scarlatine). La réaction inflammatoire du côté de l'arbre aérien était violente et l'abattement des malades très grand. Dans les catarrhes vulgaires et bénins, on notait une toux violente et convulsive, une tuméfaction prononcée de la gorge, qui parfois *s'ulcérait*, un gonflement des parotides, etc.; la laryngite et la bronchite amenaient de la toux, de l'oppression, etc.

Pour combattre le bouillonnement et l'acrimonie du sang, cet auteur avait recours aux médicaments dits « délayants », aux purgatifs doux tels que la manne, aux sudorifiques (tisane avec un peu de safran). Souvent au début, il conseillait les poudres au bézoard mêlées d'un peu de nitre et de camphre. Il défendait la saignée, si ce n'est chez des sujets manifestement pléthoriques. L'anti-

moine (vomitif) et la corne de cerf lui ont paru utiles dans beaucoup de cas.

7. — J. JUSSIEU.

J. Jussieu a décrit dans sa thèse de doctorat l'épidém i parisienne de 1733. La maladie commençait par une céphalalgie gravative très pénible, avec élancements. Bientôt, dit-il, survenait un mal de gorge, auquel succédaient une fièvre éphémère ou synoque, une toux férine presque continuelle et sèche. Chez certains sujets les gencives, les parotides, les glandes sous-maxillaires, les testicules se gonflaient. L'insomnie, la toux, la dépression nerveuse tourmentaient beaucoup les malades. La thériaque, affirme Jussieu, remplissait toutes les indications ; car la pharmacie ne possèderait pas de remèdes plus riches en aromates volatils huileux. Il fallait ensuite aider la transpiration, enrayée par la stagnation d'une lymphe visqueuse dans les parotides, le *gosier* et les autres glandes.

8. — HUXHAM.

On trouve dans le traité d'Huxham, une bonne description de l'épidémie de grippe de 1733, qui ravagea la ville de Plymouth. Elle débuta en février. La maladie commençait par un léger frisson, suivi peu après de chaleur vague, d'enchifrènement, d'éternuements violents, de douleurs erratiques dans le dos, de constriction thoracique. Puis, survenaient une fièvre violente, un pouls agité, tendu. La langue n'était pas sèche, mais couverte d'un mucus blanc très abondant. Presque tous les malades ressentaient de l'insomnie, de la prostration, et parfois

des douleurs de tête atroces; parfois encore il y avait un peu de délire. Huxham a noté dans un assez grand nombre de cas *une douleur aiguë du méat auditif coïncidant avec un abcès de la gorge*. La fin de la maladie était en général annoncée par des sueurs critiques ou un débordement de bile. On fit un grand usage, dans cette maladie, du petit lait vineux, de vésicatoires derrière l'oreille, etc.

Huxham a relaté aussi l'histoire de l'épidémie de 1737, à Plymouth. Elle fut extrêmement violente et marquée, comme d'habitude, par de l'enchifrènement, de la céphalalgie, de la courbature, de la dépression nerveuse, une toux fatigante, de l'oppression, etc. Les crachats très liquides, étaient expectorés difficilement. Quand la frénésie survenait, elle était le plus souvent mortelle. L'écoulement des humeurs, le long du gosier, produisait souvent *une angine assez forte*, suivie de bouffissure de la face, de tuméfaction des glandes parotides et sous-maxillaires, d'un écoulement énorme de pituite par le nez.

En 1743, dit-il, le mal reparut. Il avait été précédé d'une épizootie grave frappant surtout les chevaux, atteints alors d'une espèce de gale. Au début, l'affection était bénigne; il y avait surtout de la lassitude. Mais tout à coup, il se fit une fluxion considérable d'une *humeur âcre, qui s'écoula par le nez, les yeux, le gosier* et souvent se jeta sur les poumons. Les éternuements étaient presque continuels, et tous les malades se plaignaient d'une violente constriction thoracique avec dyspnée. La fièvre avait une allure irrégulière. La mortalité du reste fut assez faible.

9. — HALLER.

Haller rapporte l'épidémie allemande de 1763 (Voy. *Disputationes* IV, p. 292). Le mal avait été précédé d'un froid intense en mars et en avril.

L'affection débutait par de petits frissonnements, bientôt suivis de chaleur intense, d'une lassitude générale, d'inappétence, d'anorexie, d'insomnie. Dès le second ou troisième jour, il se formait, dit-il, sur la poitrine, vers la *gorge* ou les narines, un amas de pituite qui arrêtait la violence de la fièvre, et cet amas se dissipait d'autant plus promptement que l'excrétion s'en faisait avec plus de facilité et d'abondance. La guérison s'annonçait par un sédiment copieux, muqueux, blanc et léger, au fond du vase qui contenait les urines. Les péripneumonies et les frénésies furent fréquentes. Chez certains malades on voyait survenir du pourpre rouge ou blanc (sudamina de la scarlatine).

V. — AUTEURS AYANT ÉCRIT SUR LA SYPHILIS BUCCOPHARYNGÉE

Comme on le sait, les auteurs du XVI[e] siècle firent connaître pour la première fois le mal vénérien, confondu jusqu'alors avec la lèpre et d'autres maladies cutanées suivant les uns, importé d'Amérique suivant les autres. Or les manifestations buccopharyngées de la syphilis frappèrent certainement moins les esprits que les chancres, les bubons inguinaux, les plaques muqueuses de la vulve, les douleurs ostéocopes, les éruptions

cutanées diverses, etc. Cependant elles ne pouvaient, à cause des troubles désagréables qu'elles entraînent, échapper complètement aux observateurs. Il ne faut pas non plus oublier que l'affection était à cette époque singulièrement *violente* et que le tertiarisme, comme dans les cas de syphilis maligne, s'y montrait souvent remarquablement *précoce*. Or les lésions tertiaires affectionnent assez la cavité buccopharyngée, et déterminent du côté du voile du palais, de l'amygdale et de la langue, des désordres qui ne peuvent longtemps passer inaperçus. En effet, en parcourant les nombreux syphiliographes de cette époque, nous n'avons pas tardé à constater qu'ils en avaient entrevu un grand nombre. Bien qu'ils se préoccupent surtout de l'antiquité du mal, des causes qui l'engendrent, du traitement qui lui convient, dans les quelques phrases qu'ils daignent consacrer à la symptomatologie, nous avons trouvé çà et là bien des renseignements précieux.

Au XVII[e] et même au XVIII[e] siècle, l'étude des syphilides pharyngées fit relativement peu de progrès. Les spécialistes d'alors ne surent pas, comme ceux d'aujourd'hui, développer les notions fort élémentaires, mais déjà précises que leur avaient laissées leurs prédécesseurs. Pour se convaincre de cette insuffisance, on n'a qu'à consulter les meilleurs auteurs de cette période, c'est-à-dire Astruc et Hunter. Ils n'ont pas franchement démêlé le moment exact où ces lésions syphilitiques diverses du pharynx surviennent ; ils n'ont pas davantage reconnu le caractère nettement papuleux des plaques muqueuses, qu'ils continuent à considérer comme des ulcères.

D'autre part, le diagnostic différentiel est encore tout à fait rudimentaire.

Quelques écrivains, il est vrai, ont parlé de rougeurs diffuses et même d'angine (Trojà), mais ils appartenaient aux XVI[e] et XVII[e] siècles. Au XVIII[e] siècle, on laissa perdre ces notions. Enfin, bien qu'on sache depuis longtemps que la bouche peut devenir le point de départ de l'infection syphilitique, comme on n'a pas élucidé le mécanisme invariable de celle-ci, le chancre infectant buccopharyngé échappe aux observateurs, sauf peut-être à Faventinus.

Faisant ici de l'histoire de la médecine, il nous faudra, pour être complet, nous livrer à une énumération assez fatigante d'auteurs qui ont entrevu les lésions buccales de la vérole, et nous exposer ainsi à des redites souvent fatigantes ; mais c'est le seul moyen d'être exact et complet.

Ces auteurs se divisent en deux grandes classes ; dans l'une se rangent les spécialistes proprement dits, qui ont écrit des traités sur la syphilis, dans l'autre, les nosologistes qui se sont occupés d'une façon accidentelle de l'affection dans leurs ouvrages de médecine ou de chirurgie. Nous laisserons de côté ces derniers, sauf Boerhaave ; car, à part lui, ils se sont bornés à rappeler en quelques mots les faits découverts par les syphiliographes.

« Chez beaucoup, dit *Léonicenus*, la bouche est le siège des ulcères que l'on apelle aphtes. »

« Quand les pustules (éruptions cutanées), remarque *Jacob de Cataneï*, se disséminent sur tout le corps, principalement sur la face, il se produit en même temps un flux d'humeur qui engendre des *ulcères au palais* et au *gosier*, produit des douleurs intolérables dans tout le corps, principalement la nuit (douleurs ostéocopes) » Il ajoute plus loin : « Beaucoup eurent, en outre de ces ulcères palatins et gutturaux, l'*amygdale rongée*. »

Nicolas Massa note que les *ulcères de la gorge* sont rarement *ou très précoces* ou *très tardifs ;* il mentionne les perforations du palais.

D'après *Fallope*, les ulcères palatins, linguaux, gutturaux, tourmentent parfois beaucoup les malades. Cet auteur pense qu'ils sont dus aux vapeurs de la bile brûlée, qui s'échappent du *foie* pour venir cautériser les régions supérieures. Il faut se rappeler en effet que le viscère hépatique passait pour être le siège principal de l'affection généralisée ; on supposait que celle-ci résultait des perturbations humorales amenées par le dérèglement de cet organe.

Suivant *Montanus*, lorsque les vapeurs pestilentielles s'élèvent (du foie) à la tête, elles y causent des troubles divers, tels que maux de tête, pustules (couronne de Vénus), chute des cheveux; souvent elles gagnent les régions humides et lâches du *palais* et de la *gorge* et y produisent des ulcères... Ces humeurs brûlées (atrabile) déterminent des douleurs violentes aux membres, à la tête, amènent des ulcérations des parties génitales (plaques muqueuses), du palais. Cet écrivain accuse formellement le mercure (*Epistola II*) d'amener les déterminations buccopharyngées et les perforations palatines.

Dans son traité de thérapeutique du mal vénérien, *Jean de Vigo* donne la recette suivante pour les syphilides buccales : on mélange eau de plantain, 1 litre ; feuilles d'olivier sauvage, 1 once ; queues de cheval (plante), 2 onces ; eau d'orge, 2 livres ; miel rosat, 3 onces ; alun de roche, 2 drachmes ; on fait bouillir jusqu'à évaporation de moitié. Notons que le nitre, l'alun, les sels de plomb, les astringents végétaux, l'huile de vitriol, et, parfois même au XVIIe siècle, la *pierre infernale* sont usités couramment

à cette époque contre les manifestations buccopharyngées.

Ulrich de Hutten, ce célèbre écrivain, qui n'était pas médecin et a laissé un ouvrage si curieux sur la syphilis, qu'il avait contractée dans sa jeunesse, fournit des renseignements assez abondants sur les lésions buccopharyngées de l'affection. « Chez tous, dit-il, le gosier, la langue, le palais s'ulcéraient et une salive abondante s'écoulait sans cesse de leur bouche, qui exhalait une odeur repoussante. Les lèvres étaient manifestement atteintes par les humeurs âcres de cette cavité. Chez quelques-uns, le processus ulcéreux semblait s'étendre à la *gorge tout entière*, de telle sorte que l'estomac troublé ne réclamait plus de nourriture. J'en ai vu, que la mort n'avait pas encore emportés, cracher du pus véritable et finir par être étouffé par le mal ».

Maynardi se contente de dire que la bouche peut être le siège d'*aphtes* et que la luette, les cartilages du nez, la trachée-artère peuvent s'*ulcérer*.

Benivieni note que, si le traitement supprime les manifestations externes, les humeurs peccantes, en envahissant la gorge, y déterminent des pustules qui tourmentent beaucoup les malades et en tuent quelques-uns, quand celles-ci ont été négligées; ou bien ils sont pris d'*ulcères profonds* dont il est difficile de les guérir.

Lobera de Avila, qui a écrit un traité fort original sur les maladies des courtisans, compte la vérole parmi les quatre maladies qui frappent de préférence ces derniers, et signale *alguna excoriacion en la bocca*.

Dans son traité des maladies infectieuses, *Fracastor* ne fait qu'une vague allusion aux syphilides pharyngées;

mais il est plus explicite dans son *Poème sur la syphilis.* Nous y relevons les passages suivants :

Liquefacti mali excrementa videbis
Assidue sputo immundo, fluitare par ora
Et largum ante pedes tali mirabere flumen.
Ora tamen fœda erodent ulcuscula.,.

At fauces atque ora malus si eroserit herpes
Tango nitro et viridi medicata œrugine lympha
Semina inure mala et serpentem interficere pestem

Fernel signale dans son traité sur la syphilis, fort remarquable pour l'époque, les lésions buccopharyngées. Elles apparaîtraient au moment où le mal s'est généralisé, en même temps que les éruptions cutanées et les affections osseuses. Il fait remarquer leur caractère rongeant. « Les lèvres indurées sont rongées jusqu'à l'os qui est atteint à son tour. Les os sont ulcérés, d'abord ceux qui sont délicats comme ceux qui sont au nez et au palais, puis ceux qui sont plus gros. »

Par les questions qu'il cherche à résoudre, *Bernard Tomitani* montre une connaissance véritable des déterminations pharyngées de la syphilis (Voy. cap. XIX). Ainsi il se demande pourquoi les os sont atteints, principalement celui du palais, pourquoi la gorge et les parties génitales sont-elles surtout prises par le mal, pourquoi la gorge est-elle atteinte parfois si gravement?

Prosper Berguntius signale en même temps que les lésions de la luette, la raucité de la voix et la *saillie notable* des amygdales.

Paracelse insiste (Tome II, p. 10) sur l'importance diagnostique de ces manifestations buccopharyngées, sur leur caractère rongeant et note même la *perforation palatine.*

Faventinus a eu le mérite d'affirmer nettement le *caractère contagieux* des syphilides buccopharyngées. « Ego

enim experientia edoctus fui, juvenem fere inculpabili sanitate munitum, longo quodam temporis intervallo assuetum, quam sœpissime mulierem gallico morbo depravatam *ore exosculare*, nullo per Jovem exercitato coïtu, sed solo flatu et spiritu a muliere, motus respirationis attracto, fœda et jam morbo gallico detenta, in *morbum gallicum incidisse*, occurantibus ei universis ejus morbi symptomatibus, absque pene infectione; neque enim ei quicquam in pudendis et genitalibus apparuit. Dominus Orobonus de Orobonis nobilis Ferrariensis uxorem habet honestissimam, quæ affectum gallicum per mammas recepit; per *oscula* vere facile recipitur hic affectus, quoniam vibratio illa et linguarum conflictus caliditatem auget, linguæque rarescunt; quæ sunt etiam molliores carnes et quæ faciles impressiones recipiunt, saliva insuper pravam affectionem augente. Et hi qui affectum gallicum *per os* recipiunt, *exulcerationem*, in faucibus, ac palato contrahunt. Et quandoque pars illa putrescit, et ad nares pervenit, et quod bibitur vinum per nares exit, nonnullisque fiunt hoc est primum indicium, quod apparet. Cum per os contagium accipitur, pustulæ primo in *lingua* apparent, quæ taroli vocantur, postea fauces male afficiuntur et palatum deinde caput, denique totum corpus. »

Nicolas Macchelli de Modène, signale *l'érythème bucco-pharyngé* comme un des trois symptômes de l'infection généralisée. « Sunt præterea tria alia symptomata, quæ tunc positissimum deteguntur, quando morbus jam toti corpori est communicatus. Primum est gravitas scapularum, secundum est jugularum et sumnorum humerorum dolor, immo

(1) Chancre.

aliquando et brachiorum et crurum. Tertium est *faucium rubor et calor* ». Il appelle les papules « *phymata* » et cite la gorge comme le siège possible, avec beaucoup d'autres, de ces manifestations de la vérole « mal soignée ». « Nunc ad phymata id est ad tumores illos parvos, qui fere pudenda primum, dehinc reliquas corporis partes maxime vero frontem, et mentum, et partem capitis capillatam necnon et palatum, et fauces obsident, descendamus. »

Troja, dans ses *Epistolæ* a mentionné de véritables angines syphilitiques ; la lecture du passage où il y fait allusion prouve que le mercure ne doit pas être incriminé. Schenkius a rapporté dans son célèbre *Compendium* l'intéressante constatation de cet auteur.

Ambroise Paré connaissait bien les accidents syphilitiques secondaires et tertiaires buccopharyngés. Il ne veut pas qu'on prescrive des remèdes trop violents. Il peut en résulter, dit-il, des ulcères phagédéniques, qui mangent et rongent une bonne partie d'icelle (la bouche). Quelquefois même « se dégénéraient jusqu'en gangrène et mortification dont aucuns sont morts misérablement ». La tuméfaction des amygdales, quand débutent les accidents buccaux, peut amener une gêne assez notable de la déglutition. D'autre part, la voix des malades devient enrouée. Il signale chez certains sujets des destructions étendues de la langue, du voile, de la voûte palatine. Chez un soldat bombardier, celle-ci avait même en grande partie disparu. Contre ces pertes de substance, il a été un des premiers à conseiller le port de plaques en or et en argent, qui, sans doute, ne guérissent pas, mais font du moins disparaître les troubles mécaniques.

Zacutus Lusitanus insiste tout particulièrement, dans sa « pratique médicale », sur les perforations palatines

déterminées par la syphilis. C'est un accident bien connu, dit-il, qui entraîne des troubles gênants de la déglutition et une altération désagréable du timbre de la voix. Parmi les nombreuses observations, qui ont été publiées sur ce sujet, il rapporte celle de Benedictus a Castro, médecin hambourgeois. Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans atteint d'abord de plaques muqueuses, puis peu après d'accidents secondo-tertiaires du palais, qui entraînèrent la nécrose de cet os. La langue avait pris, vers la même époque, un développement considérable. Cependant, grâce à un traitement végétal (le gaïac), peu à peu les phénomènes s'amendèrent, mais comme le palais était encore malade, on ne pût boucher la solution de continuité à l'aide d'une plaque d'or ou d'argent comme le conseillaient Paré (livre 12, cap. III), Amatus Lusitanus (livre V, cent. 14) et Trajanus (lib. VII, cap. XVIII). Peu à peu, les chairs, gagnant sur la perte de substance, finirent par obturer complètement celle-ci. Il y eut donc *guérison spontanée* ; Zacutus insiste sur la rareté de ce mode de terminaison. Ce même auteur rappelle le timbre enroué de la voix chez beaucoup de syphilitiques. C'est là, dit-il, une cause de raucité à laquelle doit songer le médecin. Chez un homme de qualité, ce symptôme fort gênant ayant attiré ses soupçons, il institua un traitement antisyphilitique, qui fit disparaître tout trouble vocal. L'affection vénérienne avait évolué sans attirer l'attention ; elle semble avoir été transmise par la femme de ce malade, dont le premier mari passait pour avoir contracté la vérole.

Boerhaave signale les phénomènes de salivation (mercurielle) dans l'axiome suivant : les dents sortent de leurs alvéoles ; le palais, le larynx et le pharynx, deviennent

fort rouges et la langue s'enfle prodigieusement. Mais ce qu'il ajoute, c'est-à-dire la nécrose consécutive des petits os sous-jacents à la muqueuse, prouve que le départ exact entre la syphilis et l'hydrargyrisme aigu n'était pas nettement établi. Plus loin, il dit que le voile, les amygdales peuvent être détruits en grande partie par des ulcères « qui paraissent semblables à du lard ». Comme la plupart des syphiliographes de l'époque, il a une confiance aveugle dans l'efficacité de la salivation mercurielle.

Van Swieten n'ajoute rien aux connaissances acquises. Il en est de même de *Swediaur*.

Astruc, dans son célèbre traité sur la syphilis, mettant à profit les recherches de ses prédécesseurs, a basé entièrement la symptomatologie sur les lésions que produisaient dans les humeurs de la bouche le venin de la maladie; il explique ainsi les troubles de cette cavité.

« Il se sépare, dans la bouche, deux humeurs très propres à s'unir avec le virus : 1° l'humeur visqueuse qui coule des cellules des amygdales, les glandes de la luette, et de tout le fond du gosier ; 2° l'humeur sébacée et onctueuse, qui suinte des glandes ou des lacunes des gencives et du palais, et qui enduit ordinairement la langue, et les dents quand on n'a pas soin de les nettoyer. On peut mettre au même rang la morve, qui, coulant des glandes de la membrane pituitaire, sert à humecter le dedans du nez.

« I. — Par conséquent, si la mucosité du gosier vient à être infectée de virus, d'un côté, elle s'épaissira, séjournera dans les cellules et dans les glandes destinées à la contenir, les dilatera, et donnera lieu à la compression des veines voisines, ce qui causera le gonflement, la douleur,

la phlogose, l'inflammation des amygdales, de la luette, et du fond du gosier, avec la difficulté d'avaler. De l'autre côté, cette mucosité devenant plus âcre rongera et déchirera ces mêmes parties, et y produira des ulcères malins, rebelles, opiniâtres, rongeants, qui seront suivis bientôt d'une carie dans les os voisins, laquelle consumera les os palatins, qui sont minces ; ce qui produira une communication du palais avec le nez.

« II. — Il faut faire le même raisonnement sur l'humeur sébacée qui se sépare dans les glandes du palais. Car cette humeur étant infectée, deviendra plus épaisse, s'arrêtera dans ses réservoirs et, en les dilatant, formera sur la voûte du palais des tubercules, durs, distincts, ronds, peu élevés, tantôt enflammés et tantôt sans inflammation. Mais en même temps cette humeur ayant acquis plus d'âcreté, rongera la pointe de ces tubercules et causera des ulcères ronds, malins, rebelles qui carieront la voûte osseuse du palais et qui s'ouvriront un passage dans le nez. »

Dans son excellent traité sur les maladies vénériennes où il résume fort clairement les connaissances de l'époque, *Hunter* insiste sur les manifestations amygdaliennes dont il fait assez bien ressortir l'aspect extérieur, admettant du reste à tort qu'il y a perte de substance réelle. Il montre qu'il y a à la surface une matière blanchâtre, que les bords sont bien limités et comme taillés à l'emporte-pièce. Il admet même des croûtes « comme pour les ulcères de la peau » ; mais ceci ne se verrait que dans les ulcères tardifs. Du reste, cet auteur avait certainement en vue des accidents secondo-tertiaires, quand il relate le caractère rongeant et l'apparence putride de ces pertes de substance. Les indurations et les ulcères de la

langue sont signalés, ainsi que les troubles parfois si graves, qui frappent le voile et le palais osseux.. Du reste voici son chapitre.

« La partie, où la syphilis constitutionnelle se manifeste en second lieu, est le plus ordinairement la gorge, et quelquefois la bouche et la langue. Dans la gorge, sur les amygdales et à la surface interne de la bouche, la maladie se montre ordinairement d'emblée, sous la forme d'un ulcère sans tuméfaction préalable bien marquée, de sorte que les amygdales n'augmentent pas beaucoup de volume. En effet, quand l'inflammation syphilitique attaque ces parties, elle se montre toujours superficielle et se termine très promptement par ulcération.

« Il faut distinguer avec soin les ulcères vénériens de la gorge de tous les autres ulcères qui peuvent occuper la même région. Il est à remarquer que lorsque la syphilis attaque la gorge, elle y produit toujours un ulcère, bien que cette opinion ne soit pas généralement admise, car j'ai vu considérer à tort comme vénériennes des affections de la gorge qui ne présentaient aucune ulcération. Il s'agit donc seulement de distinguer l'ulcère vénérien de la gorge des autres ulcères de la même partie. En général, cette espèce d'ulcère est assez bien caractérisée; cependant, il n'est pas toujours possible de la distinguer des autres espèces, car il arrive quelquefois que les ulcères non vénériens de la gorge présentent l'aspect de ceux qui le sont et que ceux qui sont réellement de nature vénérienne ressemblent aux ulcères simples. Parmi les maladies non ulcéreuses de cette région, il en est une, l'inflammation commune des amygdales, qui se termine souvent par suppuration; il en résulte un abcès qui se vide par une petite ouverture; mais jamais cette

perforation ne présente l'apparence d'un ulcère d'origine superficielle, comme cela a lieu pour les vrais ulcères vénériens ; l'abcès en question coïncide toujours avec inflammation, une douleur et un gonflement trop intenses pour dépendre d'une affection vénérienne. Lorsque l'inflammation des amygdales se termine par suppuration, dès que le pus a été évacué, la maladie marche vers la guérison. D'ailleurs cette maladie est accompagnée en général par divers symptômes inflammatoires de la constitution.

« Les mêmes parties sont sujettes à une autre maladie. Cette maladie, qui consiste dans une tuméfaction indolente des amygdales, s'observe particulièrement chez des sujets dont la constitution a quelque chose de scrofuleux, et nuit à la prononciation. Quelquefois, de la lymphe coagulable est sécrétée à la surface des amygdales ; cette sécrétion morbide est prise par quelques personnes pour des ulcères de la gorge, par d'autres pour des escarres gangreneuses, et des cas de cette espèce sont souvent désignés sous le nom de maux de gorge putrides. Dans ces cas, la tuméfaction est ordinairement trop considérable pour dépendre de la syphilis, et il est facile de distinguer la présence de la lymphe d'un ulcère, c'est-à-dire d'une perte de substance. Cependant, quand l'état réel des parties n'est pas évident au premier coup d'œil, il faut chercher à enlever un lambeau de la lymphe déposée, et si la surface de l'amygdale ne présente pas d'ulcérations, on peut être sûr que la maladie n'est pas vénérienne. J'ai observé un cas où une des *lacunes* de l'amygdale remplie de lymphe coagulable, ressemblait beaucoup à un ulcère ; mais après que la lymphe eut été enlevée, le tissu de l'amygdale parut parfaitement

sain. J'ai vu des cas de gonflement des amygdales où une escarre, qui s'était formée dans l'épaisseur de l'amygdale tuméfiée, s'était frayé un passage au dehors ; la perforation du tissu de l'amygdale, avec l'escarre adhérant en quelque sorte dans l'ouverture, présentait l'aspect d'un ulcère putride.

« La période la plus embarrassante de la maladie est celle où l'escarre vient d'être éliminée, car alors la plaie présente la plupart des caractères de l'ulcère vénérien. Mais, lorsque j'ai pu voir la maladie dans ses premières périodes, je l'ai toujours traitée comme une affection de nature érysipélateuse, ou comme appartenant aux affections charbonneuses. Lorsque la même maladie se présentait à mon observation seulement dans la seconde période, j'ai été porté à la considérer comme vénérienne. Toutefois, aucun médecin ne doit être assez téméraire pour juger la nature d'une maladie d'après la seule inspection oculaire. Avant de former un jugement, il doit s'informer de toutes les circonstances propres à l'éclairer ; s'il n'y a eu aucun symptôme local antécédent, dans un espace de temps suffisant, il doit suspendre son jugement et temporiser, afin de voir si la nature ne sera pas capable de se soulager elle-même.

« Lorsque l'affection de la gorge a été précédée par quelque fièvre, sa nature vénérienne est encore moins probable. Quoi qu'il en soit, sans prétendre dire quelle peut être la nature des cas de cette espèce, j'affirmerai seulement qu'ils ne sont pas vénériens, comme on le croit souvent. J'ai vu une de ces maladies prise pour une affection vénérienne et traitée par le mercure jusqu'à salivation ; le mercure affecta, en effet, la bouche et détermina la gangrène de toutes les parties primitivement

malades. Il résulte de ce fait que l'espèce de mal de gorge dont il est question, est aggravée par l'emploi du mercure.

« Il est une autre maladie des mêmes parties que l'on prend aussi pour une affection vénérienne. Elle consiste dans une excoriation ulcéreuse qui s'étend à la surface des parties, devient très large, présente quelquefois un aspect putride et se termine d'une manière régulière, mais ne pénètre jamais profondément dans l'épaisseur des tissus, comme l'ulcère vénérien. Aucun point de la surface interne de la bouche n'est à l'abri de cette excoriation ulcéreuse, mais on l'observe surtout vers la racine de la luette, et elle s'étend alors en avant le long du voile du palais. Il est évident que cette espèce d'excoriation n'est pas vénérienne, car elle ne cède point, en général, à l'usage du mercure. J'ai vu des excoriations exister pendant des semaines, sans aucun changement, et un véritable ulcère vénérien se former au centre de la partie excoriée. Les deux affections sont tellement différentes l'une de l'autre, qu'il ne peut y avoir aucune méprise.

« Un traitement mercuriel, auquel on soumet les malades, guérit parfaitement les ulcères vénériens, mais n'exerce aucune influence sur les autres, et ces derniers sont guéris ensuite par le quinquina.

« Le véritable ulcère vénérien de la gorge est peut être, de toutes les formes de la maladie, celle qui est le moins susceptible de donner lieu à des erreurs de diagnostic. C'est une perte de substance bien caractérisée; on dirait qu'une portion du tissu de l'amygdale a été enlevée par arrachement; l'ulcère a des bords bien déterminés, son fond est ordinairement putride, et à sa

surface adhère une matière blanche, épaisse, semblable à une escarre, qui ne peut être enlevée par le lavage.

« Dans cette région, les ulcères sont toujours humides ; le pus ne peut s'y dessécher et former des croûtes comme sur les ulcères de la peau. D'ailleurs, le pus étant emporté de la surface ulcérée par l'acte de la déglutition et par les mouvements propres aux parties, il ne peut se former comme à la peau une série de croûtes qui se succèdent.

« La marche des ulcères vénériens est aussi beaucoup plus prompte dans cette région que sur les téguments communs ; le travail ulcératif s'y effectue avec une grande rapidité.

« Comme la plupart des ulcères rongeants, ils sont généralement très putrides, et le plus souvent ils présentent des bords épaissis et saillants, ce qui est très commun dans les ulcères vénériens ou cancéreux, et appartient, il est vrai, à la plupart des ulcères qui n'ont aucune disposition à se cicatriser, quelle que soit d'ailleurs la maladie spécifique à laquelle ils sont liés.

« Quand la syphilis constitutionnelle attaque la langue, elle produit quelquefois un épaississement et une induration locale; mais cela n'a pas toujours lieu, car très souvent il s'y forme un ulcère, comme dans les autres parties de la bouche.

« Les ulcères vénériens de la gorge sont plus douloureux que ceux de la peau, mais ils ne déterminent pas autant de douleur que les maux de gorge ordinaires, qui dépendent de l'inflammation des amygdales. Ils rendent la prononciation épaisse, c'est-à-dire, comme si la langue était trop volumineuse pour la bouche, et en même temps ils font nasiller un peu le malade. »

Fritz a signalé l'existence des syphilides buccopharyngées avec d'assez grands détails. « Elles apparaissent au fond du gosier, mais ne révèlent pendant longtemps leur présence que par de la dysphagie. Plus tard, elles deviennent si nombreuses sur la racine de la langue, *que le doigt suffit à les reconnaître*. Elles se montrent aussi en abondance sur les amygdales, le voile et le palais. Les ulcérations linguales ont des bords à pic, de consistance cartilagineuse, leur surface est très notable. Elles sont recouvertes d'un pus peu abondant, tenace, exhalant une odeur fétide, et qu'on n'enlève qu'au prix de vives souffrances. D'autre part, les ganglions lymphatiques sous-maxillaires subissent une tuméfaction douloureuse. Si on ne traite pas ces manifestations vénériennes, les troubles de la déglutition qui en résultent peuvent entraver sérieusement la nutrition. Parfois même, les altérations morbides, qui peuvent alors survenir du côté de l'os hyoïde et du *larynx*, arrivent à déterminer la mort, etc. »

CONCLUSIONS

GÉNÉRALITÉS

Privés des ressources si précieuses de la bactériologie et de l'histologie, réduits en réalité aux procédés sommaires d'investigation des anciens, les médecins des temps modernes (XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles) n'ont pu faire subir à la pathologie pharyngée ces modifications profondes, qui, au cours du XIXe siècle, en ont si profondément changé l'aspect.

Néanmoins, leur œuvre bien qu'incomplète a été con-

sidérable. Ils ne se sont pas contentés de reproduire les doctrines de leurs prédécesseurs ; ils ont complété celles-ci souvent de la façon la plus heureuse. Un commencement d'anatomie pathologique fut esquissé. De nouveaux types morbides furent créés par le démembrement de l'esquinancie des Grecs en une série d'entités nosologiques, dont le nombre alla en augmentant sans cesse ; quelques-unes d'elles sont restées. Les écrivains de cette période ont continué l'œuvre d'Avicenne sur les manifestations pharyngées secondaires de la rougeole et de la variole. Ils ont fait connaître avec une exactitude suffisante l'angine diphtérique et ses propagations à l'appareil respiratoire. Les altérations que la syphilis détermine dans la bouche et au pharynx, ne leur ont point échappé, bien qu'ils n'aient pas su séparer nettement les lésions secondaires des tertiaires, ni indiquer ce qui permet de distinguer ces troubles de ceux qui parfois les simulent : d'ailleurs ils semblent ignorer les chancres buccopharyngés. Ils continuent à confondre les ulcères avec les dépôts pultacés ou pseudo-membraneux. Les tumeurs ne sont qu'entrevues ; cependant on trouve signalés des polypes de l'amygdale, des cancers secondaires et parfois primitifs, et surtout des fibromes nasopharyngiens, dont l'étude et le traitement furent perfectionnés au XVIII[e] siècle.

La thérapeutique, même chez Boerhaave, Sauvage et Cullen, reste plus fidèle à la nosologie grecque. Cependant, grâce à Paracelse, elle tend à se simplifier un peu et à devenir plus active par l'adjonction habituelle des extraits et des drogues minérales.

La chirurgie de cette époque, comme la thérapeutique, se borna le plus souvent à imiter les procédés des anciens. En réalité, il ne pouvait guère en être autrement. Pour

opérer dans le pharynx, il faut, comme les praticiens actuels, avoir à sa disposition des moyens hémostatiques très puissants, l'antisepsie et l'anesthésie générales. D'autre part, c'est bien plus tard que les méthodes dites d'accès permettront l'intervention dans une cavité aussi éloignée de l'extérieur. Ce sont donc simplement des ouvertures d'abcès, des extractions d'amygdales, des ablations de la luette... que nous aurons à relater.

L'étiologie est le point faible de la nosologie de cette période. On insiste davantage, il est vrai, sur le caractère épidémique et même contagieux de certaines variétés d'esquinancie. Mais les causes occasionnelles ne sont pas mieux étudiées que dans Arétée ou Celse par exemple. D'ailleurs, si l'humorisme antique tend à disparaître de plus en plus, l'iatrochimisme et l'iatromécanisme, qui le remplacent, ne sont pas des conceptions pathogéniques plus exactes.

En somme, comme on le voit, les progrès ont été nombreux et importants. Sans doute, les médecins de cette époque n'ont pas créé une œuvre définitive ; mais le XIXe siècle lui-même a-t-il pu accomplir la tâche qu'il s'était imposée ? Tous ces progrès ont été réalisés grâce à la diffusion des ouvrages médicaux, à l'imprimerie, à une meilleure utilisation des ressources offertes par la clinique privée ou hospitalière (publication de nombreux recueils de consultations, d'observations, de lettres médicales), et enfin grâce au développement régulier, quoique encore bien lent, de l'anatomie, de la physiologie et de la chimie. L'ardeur au travail, le très grand enthousiasme des chercheurs, dont sont frappés tous ceux qui se sont donné la peine d'étudier cette belle période, ont été également des leviers d'une puissance incomparable.

I. — ANGINE

I. — ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

I. — Causes occasionnelles.

Les auteurs grecs avaient fait des causes occasionnelles de l'angine une étude approfondie (Voy. Cælius) et signalent déjà la plupart d'entre elles, notamment le froid humide, les mets âcres, les poussières irritantes, l'air trop chaud, les excès de table, etc. (1). Ils avaient même (Galien notamment) mentionné les esquinancies par suppression du flux menstruel. Ces dernières fixèrent beaucoup l'attention au xvi[e] et au xvii[e] siècle (2). On admit en outre que les troubles pharyngés qui surviennent parfois à la suite d'une disparition d'un flux hémorroïdaire relevaient du même mécanisme. On exagérait du reste l'importance de ces déterminations morbides. Quelques auteurs (Hoffmann) signalèrent, en cas de suppression des lochies, des phénomènes analogues; et en effet, dans les suites de couches pathologiques, il peut survenir des troubles pharyngés et même de véritables angines. Les observateurs avaient du reste remarqué une incontestable prédisposition chez certains sujets; la moindre cause d'irritation amènerait chez eux, sinon de l'angine totale, du moins de l'amygdalite. C'est ainsi qu'Ethmuller, très partisan, comme ses contemporains, de la méthode dérivative, conseillait de porter un séton au bras pour affranchir l'organisme de ces crises répétées.

(1) Voy. p. 180, 187 et 202 in T. I.

(2) Voy. Zacutus Lusitanus, Sennert, Ethmuller, Schenkius, etc., in T. II et T. III (Textes).

Tulpius a vu un cas de pleurésie se compliquer à un moment donné d'angine; mais il est probable (Voy. textes T. III) qu'il s'agissait de troubles réflexes, et non inflammatoires. Il n'a pas dû en être toujours de même dans certaines phlegmasies intestinales (entérites, dysenteries), signalées d'abord par Fabrice de Hilden et souvent notées depuis, qui déterminèrent, disent les écrivains du temps, non seulement de l'angine sans lésions apparentes, mais des amygdalites. De récentes publications, par exemple sur les angines succédant à la salpingo-ovarite, semblent prouver que le pharynx peut être atteint par des infections secondaires. On a signalé des faits semblables dans la pneumonie, l'entérite aiguë. Sans doute tout cela est exceptionnel; il est cependant impossible de ne pas en tenir compte et d'admettre d'une façon uniforme que tous les faits rapportés par les praticiens de l'époque étaient des cas de dysphagie purement nerveuse.

II. — Pathogénie.

Pendant assez longtemps, on s'en tint au système de Galien modifié par les Arabes (1) (Fernel, Houillier, Duret, Joubert, etc., c'est-à-dire la plupart des auteurs des traités médicaux du xvi[e] siècle). Des médecins de la valeur de Massaria étaient encore si attachés aux doctrines du médecin de Pergame, qu'ils aimaient mieux « avoir tort avec Galien que raison contre lui ». Zacutus, Lusitanus, Mercado, Heredia, c'est-à-dire les médecins espagnols les plus distingués du xvii[e] siècle, sont encore franchement des arabistes. Mais il n'en était pas partout de même à cette époque.

(1) Voy. p. 44, 45, 46 et Textes T. III, p. 87, 92, etc.

Un grand révolutionnaire médical, Paracelse (1), disciple des alchimistes plus que d'Avicenne, avait tenté de renverser le galénisme et de lui substituer des doctrines mi-partie vitalistes, mi-partie chimiques. Cet auteur faisait rentrer l'esquinancie dans les apostèmes (2) charbonneux, étendant à une espèce morbide tout entière une pathogénie, que les chirurgiens du moyen âge réservaient à une esquinancie spéciale à évolution gangreneuse. Il rattachait ainsi les inflammations pharyngées aux réactions anormales du réalgar dans l'organisme. La tentative du novateur était prématurée. Mal étayée du reste par des raisonnements insuffisamment précis, insuffisamment aussi basée sur l'observation, elle succomba en apparence du moins devant les attaques furieuses des traditionalistes (3). Cependant, elle avait laissé derrière elle un tel ébranlement, principalement en Allemagne et dans les pays du Nord, que Paracelse eut bientôt des imitateurs, plus timides, il est vrai, et surtout moins radicaux. Hartmann, Sylvius de le Boé, Thomas Willis, Sennert, Ethmuller, tout en restant, à certains points de vue, des humoristes hippocratiques et galéniques (ils parlent encore beaucoup du phlegme, de la bile, etc.), modifièrent considérablement le dogmatisme. Ils expliquent les altérations des humeurs par un excès d'acidité (4), d'alcalinité, de fermentation ; ils incriminent l'accumulation de sels âcres, volatils, terreux et stables.

D'autre part, une grande découverte celle d'Aselli (chylifères), bientôt suivie de celle de Rudbeck (lympha-

(1) Voy. p. 49.
(2) Voy. T. III, p. 139.
(3) Voy. dans Sennert, vol. II, les chapitres consacrés à Paracelse.
(4) Voy. Sennert, p. 152, vol. T. III, Ethmuller, T. III, p. 185.

tiques généraux) vint bientôt révéler une humeur nouvelle, la lymphe, dont on fit d'emblée le plus grand cas. Certains allaient même (Olaüs, Bartholin), jusqu'à attribuer les affections de toute l'économie à son altération. Sans tomber dans cette exagération, Ethmuller, à propos des cryptes amygdaliennes, dit que, si les tonsilles sont malades, elles versent incessamment dans la gorge une lymphe âcre, qui irrite celle-ci et la corrode.

Dès qu'on eut entrevu la circulation générale du sang, grâce aux admirables recherches de Harvey, une nouvelle hypothèse tenta à son tour de remplacer les conceptions traditionnelles (1). Les iatromécaniciens faisaient jouer le rôle principal aux perturbations non plus chimiques, mais d'ordre mécanique. Ils incriminaient principalement les troubles circulatoires. Selon eux, l'inflammation résultait de la stase, c'est-à-dire de l'arrêt du sang en un organe donné. Les globules rouges, accumulés dans cette région de l'économie, distendraient les vaisseaux; or, on savait depuis Ruysh que ceux-ci étaient extrêmement nombreux. (Cet auteur était allé jusqu'à dire que tous les tissus étaient formés d'un entrelacement spécial de ces derniers.) Il était facile d'expliquer ainsi la tuméfaction. Quant à la rougeur, elle proviendrait tout aussi simplement de la quantité anormale de ces hématies qui donnent sa couleur au sang. Le développement de chaleur s'expliquait par un frottement plus considérable du liquide sanguin sur les parois vasculaires, au niveau des thrombus, ou, comme devait l'admettre plus tard Boerhaave (2), par les chocs sur l'amas résistant des globules rouges au niveau de la stase.

(1) Voy. p. 81.
(2) Voy. p. 90.

L'iatrochimisme et l'iatromécanisme se pénétrèrent du reste de bonne heure et nous avons démontré (Voy. p. 88) déjà que le système de Boerhaave est une compromission entre les deux doctrines. De le Boé, Sennert, Ethmuller plus iatrochimiste, avaient déjà instinctivement agi de même façon et tenu, même avant Borelli, le plus grand compte de la circulation sanguine.

A côté des traditionalistes, qui persistent encore en plein XVIIIe siècle, surtout en Espagne, en Portugal et dans le sud de l'Italie, des iatrochimistes, des iatromécaniciens, des éclectiques et des sceptiques (ceux-ci peut-être plus nombreux qu'on ne le pense, mais qui cette fois ne fondèrent pas de secte empirique, comme dans l'antiquité), il y avait le groupe important des épidémiologistes, tels que Stoll, Huxham (1), qui, en étudiant patiemment les maladies épidémiques, arrivèrent peu à peu à admettre des états bilieux, des états catarrhaux, retentissant sur tout l'organisme à la façon d'une maladie générale, comme le typhus (2). Il y avait là une véritable entité morbide, caractérisée par la multiplicité et l'irrégularité des phlegmasies locales, qu'elles déterminent. Or, on voit souvent Stoll et ses imitateurs parler de déterminations catarrhales et bilieuses du côté de la gorge, déterminations qui, malgré l'analogie de nom, ne correspondent pas aux entités homonymes créées par les anciens.

Il n'y a donc plus, comme dans le moyen âge, unité de conceptions pathogéniques chez les divers auteurs. Ainsi que dans l'antiquité et davantage encore, on voit les systèmes se succéder, sans du reste se remplacer entièrement, de telle sorte que l'aspect est un peu confus

(1) Voy. Processus spécifiques.
(2) Voy. auteurs ayant écrit sur les angines climatériques.

pour celui qui n'a pas eu le temps de se livrer à des études suffisantes pour pouvoir s'y reconnaître.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'insuffisance des notions anatomiques, le manque de moyens puissants d'exploration rendaient rudimentaires les connaissances non seulement sur l'étendue, mais encore sur la nature vraie des lésions. Comme le fait remarquer du reste Morgagni, les autopsies, permettant d'étudier *de visu* les altérations morbides de l'angine, n'abondaient pas ; et même alors, le plus souvent les sujets étant morts d'une autre maladie, il était parfois difficile de faire la part des deux affections, par exemple quand il s'agissait de maladies du cœur ou du poumon. Sans doute on avait publié quelques nécropsies ; mais celles-ci, exécutées d'ailleurs le plus souvent d'une façon négligente, se rapportaient surtout à l'angine diphtérique. On continuait donc de suppléer à la connaissance positive des faits par des hypothèses plus ou moins bien imaginées.

On admettait que la gorge s'enflammait totalement ou seulement dans une de ses parties ; mais, considérant toujours l'élément dyspnée comme le facteur principal, les auteurs tendaient à faire rentrer dans la synanche, non seulement la pharyngite et la laryngite comme autrefois, mais encore les lésions de la trachée et des bronches (synanche trachéale de Boerhaave et Sauvage). Une observation de Dodonæus que nous avons rapportée autre part (Voy. T. III) semblait même démontrer que les symptômes habituels de l'esquinancie pouvaient coïncider avec un foyer inflammatoire situé dans le poumon. Sans doute, beaucoup s'insurgeaient contre cette variété

pulmonaire, ainsi que contre la variété thymique, créée par Bonnet (1), pensant qu'il s'agissait là d'une fausse esquinancie. Mais l'entraînement était tel, qu'on finit par créer une synanche parotidienne (ourle) (2), bien que les anciens eussent distingué les affections de la parotide de celles du gosier. On continuait du reste à penser, avec ce peu de précision dans la localisation, que les muscles du cou proprement dits pouvaient aussi être intéressés dans la variété périsynanche; Boerhaave, Sauvage et Pinel parlent d'une angine siégeant dans les muscles hyoïdiens. Rappelons d'ailleurs que Galien, qui ne connaissait pas les muqueuses, avait introduit cette confusion que, tantôt les muscles internes, tantôt les muscles externes, pouvaient être intéressés.

A mesure que l'anatomie fait des progrès, on tend de plus en plus à incriminer la membrane interne du pharynx qu'avaient appris à connaître les recherches de Schneider, de Malpighi, de Verheyen, de Dimerbroeck, de Ruysh. Pinel, dans sa nosologie philosophique, ne parle guère que de la muqueuse et laisse presque les muscles de côté.

On distinguait du reste des inflammations légères, des inflammations interstitielles, des inflammations suppuratives, qui n'étaient qu'un degré plus avancé du processus de phlogose, dont le dernier terme était la gangrène.

En raison de la connaissance plus parfaite de la circulation sanguine et des découvertes de Ruysh sur les fins réseaux qui se trouvent dans l'intimité de nos organes, les médecins, principalement les iatromécaniciens, tendaient de plus en plus à ramener à des perturbations vas-

(1) Voy. Anatomie pathologique, et Sauvage, p. 221.
(2) Voy. T. III, p. 205.

culaires toutes les lésions et tous les phénomènes morbides observés (1).

D'autre part, on se préoccupait aussi de la lymphe que les découvertes d'Aselli, de Rudbeck, de Thomas Bartholin, etc., avaient mise à la mode. Beaucoup même, ainsi que nous l'avons dit dans le paragraphe précédent, rattachaient à peu près toute la pathologie aux perturbations de cette humeur. Boerhaave, puis Sauvage admirent que la lymphe seule, c'est-à-dire l'œdème, était à incriminer dans l'angine œdémateuse qui survient dans les états cachectiques terminaux (2).

Rappelons enfin, que l'étude plus approfondie des amygdales avait fait admettre que l'inflammation de la gorge pouvait se déterminer par induration fibreuse (*squirrhe*). On trouve quelque chose d'analogue chez les Grecs, les Arabes et les médecins du moyen âge, mais pas aussi nettement défini. Boerhaave alla même jusqu'à admettre une synanche fibreuse (3).

III. — SYMPTOMATOLOGIE

Les auteurs de la Renaissance se bornent à reproduire les descriptions des médecins grecs ou arabes. Ils copient d'abord surtout Avicenne; mais, un peu plus tard, à côté de Galien et d'Hippocrate, ils préfèrent Arétée, Cælius Aurélianus, dont ils estiment fort les tableaux morbides, s'ils n'en goûtent pas les théories pathogéniques, qu'ils comprennent peu du reste. Alexandre de Tralles et Aétius ne sont pas non plus oubliés.

(1) Voy. p. 81.
(2) Voy. T. III, p. 206.
(3) Voy. T. III, p. 205.

Au xvie siècle, on adopte, mais sans trop y insister, la division topographique de Galien, devenue classique depuis l'adoption du galénisme. Quelques-uns s'en tiennent là et mentionnent tout au plus une angine bilieuse et une angine phlegmatique. La plupart distinguent, comme Avicenne, le modèle le plus suivi, les variétés morbides de l'esquinancie, d'après la nature des humeurs (sang, bile, pituite spiritueuse, visqueuse et grossière, pituite raréfiée et salée, mélange de deux humeurs, atrabile, etc.).

Avec le siècle suivant, les choses commencent à changer. Les humeurs cessent d'être la base habituelle de la classification. La topographie hypothétique des lésions reprend l'importance qu'elle conserva pendant la plus grande partie de l'antiquité gréco-romaine.

C'est bien entendu la cynanche, c'est-à-dire l'angine sans signes physiques apparents, qui fixe le plus l'attention, non seulement des auteurs de traités, mais encore des collectionneurs d'observations (1). Ils ne tarissent pas sur la douleur, la dyspnée, l'abattement nerveux qu'elle détermine, la rapidité en quelque sorte foudroyante de sa marche (2). Ils la redoutent à l'égal d'un fléau, mais ne se font pas une idée bien exacte des organes atteints. La majorité penche pour la localisation laryngée ou même trachéale, comme Galien. D'autres incriminent l'épiglotte et surtout les replis qui en partent, obéissant à une tendance qu'on retrouve déjà dans Galien, mais surtout dans Avicenne et dans Gordon, qui est très explicite à ce sujet. Finalement, ils rapportent de nombreux faits ou

(1) Voy. Arculeanus, Capivaccius, Alexander Benedictus in T. III (*Observationes, praticæ*, etc.).

(2) Voy. Forestus, Rivière, Camerarius, t. III (*Id.*).

un apostème situé trop bas pour être visible, ayant crevé d'une façon ou d'une autre, les symptômes morbides se dissipèrent rapidement(1).

Certains auteurs cependant avaient une autre idée de la cynanche. Ils admettaient que l'inflammation se cachait dans la partie la plus interne des parois (pour ainsi dire la face externe de la muqueuse), et, qu'inaccessible à la vue, elle paralysait tout le fonctionnement de la gorge (pharynx et larynx). Si le mal gagnait les régions ambiantes et y déterminait un abcès, le malade pouvait échapper; car, selon Hippocrate, quand le mal se porte au dehors, le pronostic est grandement amélioré. Un certain nombre d'observations de Rivière, de Platter, de Zacutus, etc., semblaient établir la véracité de cette doctrine.

En tout cas, avec l'idée d'affection maligne et la prépondérance accordée à la dyspnée, la séparation se fait de plus en plus nette entre l'amygdalite et l'angine. Les anciens n'étaient pas aussi catégoriques sur ce point. Ils englobaient, dans un chapitre assez vague de leurs nosologies, les maladies de la gorge, les pharyngites vraies, les laryngites, les inflammations gutturales isolées. Cependant, chez certains auteurs (Aétius, Oribase, etc.) les amygdalites sont étudiées à part. Les Arabes décrivent d'une façon séparée la phlegmasie des amygdales; mais Rhazès, Avicenne admettent que l'esquinancie à siège visible s'accompagne d'une tuméfaction avec rougeur de ces deux glandes, ainsi que de la luette et de la base de la langue. Toutefois, grâce à cette conception d'une variété *sine materia*, à évolution rapide, tuant par étouffe-

(1) Voy. Bevivieni, Valeriola, t. III.

ment, la cynanche des anciens finit par devenir par essence le type de l'angine, laissant dans l'ombre la forme à lésions visibles. Dès lors, on ne pouvait faire rentrer dans l'esquinancie l'amygdalite dont l'allure clinique est toute autre. Ainsi, l'angine diphtérique semblant souvent se cantonner aux amygdales, des auteurs (Voy. Heredia, etc.) discutent gravement si le mal est une esquinancie véritable.

Avec le XVII[e] siècle, s'accentue une tendance qu'Hippocrate avait combattue énergiquement déjà chez les médecins de Cos. La conception d'un seul type morbide de l'inflammation buccopharyngée aidait jusqu'ici à la compréhension de l'ensemble des faits, et servait de base à une thérapeutique rationnelle. Cette entité tend désormais à se scinder en nombreuses espèces morbides, dont, vers la fin du XVIII[e] siècle, on décrira à part les causes, les symptômes et le traitement.

Le traité de Sennert (1) présente une des premières traces de cette fragmentation. S'appuyant sur Avicenne et ses imitateurs, qui tendaient à faire de l'angine phlegmatique une affection légère, où l'inflammation est très peu accusée, ayant vu peut-être personnellement des dysphagies, des œdèmes cachectiques, sans rougeur, ni douleur, il sépare nettement les angines en bâtardes (*notha*) et en vraies (*exquisita*). Cette classification fut adoptée par Ethmüller (2).

Boerhaave distingue une angine œdémateuse (3), survenant comme phénomène ultime dans les états cachectiques, une angine inflammatoire présentant un grand nombre de

(1) Voy. T. III, p. 152.
(2) Voy. T. III, p. 189.
(3) Voy. III, p. 206.

variétés d'après leur siège et leurs symptômes : tonsillaire, la plus fréquente de toutes les inflammations de la gorge ; pharyngée, caractérisée par de la dysphagie très marquée, mais avec peu de dyspnée ; laryngée ; trachéale ; thymique ; externe (frappant les muscles de l'os hyoïde) ; parotidienne (ourles). Les différences symptomatiques permettent d'autre part, selon lui, de séparer des formes catarrhale, inflammatoire, franche, suppurée, gangreneuse, qui ne sont que divers degrés du même processus phlegmasique. De plus, dans certains cas, la sécrétion, au lieu d'être abondante, comme dans la forme catarrhale, semble faire défaut (angine sèche). Enfin, lorsque le mal se termine par induration, on a une variété essentiellement lente, (hypertrophie des amygdales) qu'il appelle squirrheuse (1).

Décrites en quelques mots par Boerhaave, ces divisions furent adoptées par Sauvage qui les développa davantage et leur imposa parfois de nouvelles dénominations. Ainsi, il nomme esquinancie ordinaire la synanche tonsillaire de Boerhaave. Il note que le mal occupe tantôt une amygdale, tantôt les deux à la fois. Il fait remarquer que le voile et les piliers participent d'habitude à l'inflammation. Il insiste sur la gêne de la respiration, à moins, dit-il, qu'il y ait eu déjà plusieurs attaques de la maladie. Le malade respirerait par la bouche et non par le nez (?) (2) et le gonflement des amygdales gênerait le passage de l'air, surtout si les deux amygdales sont prises. Non seulement l'auteur signale les craquements dans les oreilles au moment de la déglutition (dont avait parlé Boerhaave) ;

(1) Voy. 88, 95, 100.

(2) Ceci n'est vrai qu'en cas de complications concomitantes du cavum ou du nez.

mais, selon lui, les malades restent parfois sourds un certain temps. Sauvage attribue, comme le grand médecin hollandais, *les troubles auriculaires aux rapports intimes de la trompe avec le pharynx*. L'esquinancie ordinaire se diviserait en plusieurs variétés. La catarrhale, la moins intense, s'accompagne de salivation, d'un état saburral des voies digestives, d'un rhume de cerveau, d'une toux âcre (laryngite, etc.). L'esquinancie pléthorique ou sanguine est caractérisée par une douleur plus vive et une tuméfaction plus marquée. Dans l'esquinancie synochiale, on trouve un état général mauvais (angine herpétique ? septique ?), une fièvre assez forte, une toux intense, de la courbature. C'est donc un état très analogue à l'état catarrhal décrit par les épidémiologistes de l'époque, notamment par Stoll. Son esquinancie épidémique n'est que l'angine maligne de Huxham et Fothergill (1), c'est-à-dire une angine scarlatineuse grave ; peut-être s'y glissait-il quelques cas authentiques d'angine diphtérique, d'autant plus que les affections se ressemblent. Nous en parlerons plus loin. Nous ferons de même pour l'angine gangreneuse, l'angine polypeuse, dénominations sous lesquelles se cachent la diphtérie et des angines exanthématiques (2), groupement artificiel, dans lequel il comprend l'angine scarlatineuse, rubéolique, variolique, miliaire, etc. Son terme d'esquinancie trachéale (3) désigne, comme chez Boerhaave, une sorte de trachéite caractérisée par une forte fièvre, de la chaleur et de la douleur, une absence complète de signes physiques du côté de la gorge ou du cou, une voix aiguë, glapissante, de l'orthopnée sans

(1) Voy. Vicq d'Azyr, t. III, p. 233.
(2) Voy. Sauvage, t. III, p. 219 et Vicq d'Azyr, t. III, p. 245.
(3) Voy. t. III, p. 220.

dysphagie, et une mort rapide par suffocation. Sauvage ajoute qu'elle est des plus funestes. Comme on le voit, le tableau morbide est à peu près celui de la cynanche des anciens. L'esquinancie du pharynx ne cause que peu de dyspnée, mais la déglutition est très difficile et très pénible(1). L'esquinancie du thymus, admise déjà par Boerhaave, avait été empruntée à Bonnet, comme nous l'avons rappelé plus haut. L'esquinancie hépatique est une nouvelle variété créée par Sauvage (Voy. T. III), qui se basait sur le résultat d'une autopsie et surtout sur l'analyse de l'observation de ce malade, comparée avec ce qu'il avait observé sur le gros bétail. Il y avait forte dyspnée et dysphagie avec lésions uniquement cantonnées au foie. L'esquinancie fausse est l'équivalent de l'angine œdémateuse de Boerhaave et de l'angina notha d'Ethmuller et de Sennert. Enfin, sous le nom d'angine arthritique (2), Sauvage a décrit la métastase goutteuse dans le pharynx et utilisé ainsi une indication de Sydenham.

Ces types morbides devinrent classiques. Cullen (3) les a tous adoptés dans sa nosographie, qui diffère peu en réalité de celle de Sauvage, pour tout ce qui concerne la pathologie pharyngée.

Vicq d'Azyr dans l'encyclopédie méthodique (Voy. p. 102) a suivi dans sa description Sauvage et Cullen. Il insiste sur les phénomènes réactionnels intenses de l'amygdalite, surtout, dit-il, quand elle est compliquée d'esquinancie, c'est-à-dire quand elle s'accompagne de pharyngite totale. « C'est une des maladies les plus violentes qu'on con-

(1) Voy. T. III, p. 221.
(2) Voy. T. III, p. 222.
(3) Voy. III, p. 225.

naisse. » Le squirrhe (1) ou hypertrophie des amygdales (angine squirrheuse de Boerhaave et Sauvage) est décrit avec assez de détail, principalement au point de vue thérapeutique. L'angine ou esquinancie est séparée ainsi par son appellation de l'amygdalite, probablement pour obéir aux tendances qui s'étaient fait jour depuis longtemps, et dont Boerhaave, ainsi que Sauvage, n'avaient guère tenu compte. Cependant, l'angine commune de Vicq d'Azyr (2) est à peu de chose près l'angine tonsillaire de Sauvage. Comme quelques auteurs (Ethmuller), il remarque que l'amygdale enflammée se recouvre fréquemment de phlyctènes et d'ulcères très petits (angine lacunaire ?). Il insiste peu sur l'angine pharyngienne admise par Boerhaave, Sauvage et Cullen, et qui occuperait le fond de la gorge au delà de l'isthme. Ces cas, dit-il, ne méritent pas d'être distingués de l'angine tonsillaire. Et en effet, on sait que, le plus souvent, les deux inflammations gutturales coïncident et que l'amygdalite débute la première. Toutes les autres variétés d'esquinancie décrites par cet auteur semblent copiées sur Sauvage. Cependant il expose mieux les angines des fièvres, notamment celles qu'on observe au cours de la scarlatine (3). Il mentionne le croup, etc. ; mais nous reviendrons sur tous ces faits dans un autre chapitre. L'angine squirrheuse (4) qu'il admet d'après Van Swieten n'était qu'une trouvaille d'autopsie ; aussi était-elle considérée comme fort rare. Elle ne se serait révélée que par des troubles de déglutition. Il est vraisemblable qu'il s'agit ici d'un

(1) Voy. T. III, p. 229.
(2) Voy. T. III, p. 230.
(3) Voy. T. III, p. 234.
(4) Voy. T. III, p. 229.

rétrécissement fibreux de la portion inférieure du pharynx.

L'angine sèche de Boerhaave et de Van Swieten (1) ne répond nullement à l'espèce morbide qui porte aujourd'hui ce nom. C'était une dysphagie proprement dite, survenant dans des états graves ; ces auteurs font remarquer que, malgré qu'il y eût absence de réaction inflammatoire et de rougeur, tout se bornant à de la sécheresse des parois, le malade succombait rapidement.

Vers les dernières années du XVIIIe siècle, des travaux anatomiques importants (Voy. *Le Pharynx*, T. I) avaient enfin mis en lumière l'indépendance de la muqueuse par rapport aux plans sous-jacents. Pinel profita de tous ces travaux. Plaçant l'angine dans la classe des phlegmasies comme l'écossais Cullen, mais beaucoup plus bref, il décrit seulement une angine tonsillaire, une angine totale et une angine suppurative. Quant aux esquinancies secondaires, il ne dit que quelques mots de l'angine maligne (diphtérie). Les déterminations pharyngées de la rougeole, de la variole, etc., sont étudiées dans les chapitres consacrés à ces fièvres exanthématiques.

IV — COMPLICATIONS

Les complications nombreuses énumérées dans l'encyclopédie hippocratique, les œuvres de Galien et le *Canon* d'Avicenne et dont avaient soigneusement fait mention tous les auteurs arabistes un peu importants (Gordon (2), Valescus de Tarenta (3), etc.), furent également signalées par les écrivains de la Renaissance. Les médecins de

(1) Voy. T. III, p. 222.
(2) Voy. T. III, p. 46.
(3) Voy. T. III, p. 56.

cette époque (Forestus, Alpinus, Fernel, Houillier, Duret, Joubert, etc.), qui composèrent des traités ou simplement des recueils d'observations, insistèrent sur ces faits importants, qui assombrissent parfois si singulièrement le pronostic de l'angine. La fameuse doctrine de la métastase, qui dérivait naturellement des théories humorales encore en honneur, expliquait aisément leur production. D'autre part, comme l'anatomie pathologique n'était point là pour renseigner le clinicien sur la nature réelle de certaines pertubations viscérales, on exagérait même volontiers l'existence de ces phlegmasies secondaires, et on invoquait l'idée de processus inflammatoire là où nous songerions tout simplement à un trouble nerveux. On finit cependant plus tard par comprendre l'importance de cette distinction. A mesure qu'on observait de plus près une infinité de malades, et qu'on multipliait les autopsies, on arrivait à se convaincre de la rareté réelle de ces déterminations morbides à distance, et de leur production presque exclusive dans certaines formes spécialement malignes du mal, par exemple dans les angines épidémiques. C'était là un très grand progrès. Malheureusement cette tendance fut exagérée par divers auteurs du XVIIIe siècle, qui eurent le tort de passer en grande partie sous silence les complications de l'angine.

Pour les *complications pulmonaires* par exemple, on admit de plus en plus qu'elles n'existaient guère que dans les formes d'esquinancie, qui intéressent la trachée (1). Lindanus pensait que, si la membrane qui tapisse ce canal venait à se rompre, lors de l'ouverture d'une collection

(1) Cependant Van Swieten dit avoir vu des angines vulgaires s'accompagner de péripneumonie, malgré l'absence d'inflammation concomitante de l'arbre aérien.

purulente, le pus, tombant dans les poumons, y déterminerait une péripneumonie. Forestus avait publié une observation de ce genre, qui est reproduite par beaucoup des auteurs du XVIIe siècle, notamment par Ethmuller. Suivant Boerhaave, Sauvage, Cullen, Van Swieten, etc., c'est également à la cynanche trachéale, aux angines malignes ou aux angines épidémiques, qu'on attribue les phlegmasies broncho-pulmonaires ou pleurétiques (Amatus Lusitanus et d'autres avaient insisté sur ces dernières).

Les *complications cérébrales* continuent d'être signalées, bien qu'on les attribue surtout aux esquinancies épidémiques malignes, etc. Les humoristes étaient d'autant plus enclins à noter les perturbations nerveuses que, selon leur doctrine, c'était le cerveau qui produisait le phlegme. En s'enflammant, il pouvait donc corrompre cette humeur, et lui donner des qualités nocives bien propres à altérer les organes qu'elle traverse. C'est, comme nous l'avons dit, l'hypothèse émise par beaucoup de médecins de Naples, lors de la fameuse épidémie diphtérique, qui désola cette ville dans les premières années du XVIIe siècle.

Les *phénomènes de suffocation* avec mort rapide, imputés, depuis l'antiquité, principalement à la cynanche, c'est-dire à l'esquinancie sans lésions apparentes, cantonnée suivant Galien dans le larynx, furent de plus en plus placés (Ethmuller, Boerhaave, Sauvage, Cullen) sous la dépendance des esquinancies localisées, dans les parties supérieures du canal respiratoire. Cependant les auteurs du XVIe et du XVIIe siècle, signalèrent un certain nombre d'abcès de la base de la langue (1) et de l'épiglotte

(1) Voy. Valeriola et Camerarius, T. III.

(replis principalement), ayant déterminé des troubles respiratoires d'une intensité extraordinaire et s'étant néanmoins subitement dissipés, quand la collection purulente s'était ouverte au dehors ou avait crevé à l'intérieur du pharynx.

On attribuait du reste, à la pénétration du pus dans les voies digestives, certaines *diarrhées* survenues à la suite de la rupture d'abcès (Rivière, voy. Tome III). D'autres regardaient ces *troubles intestinaux* comme le résultat d'une métastase. On admettait d'ailleurs la rareté de ces accidents. Cependant quelques auteurs, imbus des idées hippocratiques sur la dérivation, tâchaient de la provoquer par des drastiques énergiques, surtout bien entendu dans les esquinancies graves.

L'*empoisonnement du sang*, comme l'on disait alors, était rapporté surtout à l'angine maligne (Boerhaave, Sauvage, Fothergill, Cullen); on lui attribuait les états ataxo-adynamiques.

Quant aux complications locales (1) (gangrène, suppuration), elles étaient tantôt relatées à part, tantôt (surtout au XVIIIe siècle) regardées comme des variétés d'angine. Les uns pensaient (les humoristes et quelques iatrochimistes) qu'elles étaient malignes d'emblée et produites par des humeurs très âcres, les autres (Boerhaave, Cullen), qu'il s'agissait tout simplement d'une exagération du processus inflammatoire, et que l'angine suppurative ou l'angine gangreneuse étaient simplement des degrés supérieurs des lésions phlegmoneuses, qui constituent l'esquinancie ordinaire (synanche tonsillaire, angine commune). Du reste, l'étude approfondie des collections puru-

(1) Voy. p. 88.

lentes locales, souvent fort graves, qui peuvent survenir au cours de cette affection, n'avait pas en somme beaucoup avancé depuis l'antiquité, malgré le nombre considérable d'observations publiées sur le sujet.

Un grand progrès avait été accompli dans une autre direction. Les anatomistes (Eustachi, Valsalva, Santorini), en faisant connaître les rapport étroits que l'oreille moyenne contracte avec le nasopharynx, avaient en quelques sorte ouvert la voie aux cliniciens. Boerhaave parle déjà des craquements auriculaires pendant la déglutition dans l'esquinancie. Sauvage signale même des cas de surdité temporaire.

V. — PRONOSTIC

Les auteurs de la Renaissance et un certain nombre de ceux du XVIIIe siècle (Zacutus Lusitanus, Mercado, Heredia, Sennert) se contentent de copier sur ce sujet les anciens et surtout Avicenne (1), qui avait du reste écrit sur le pronostic des angines une étude fort remarquable, où se trouvaient habilement combinées les données tirées d'Hippocrate et de Galien avec celles de son observation personnelle. C'est lui qui avait insisté sur la bénignité de certaines formes (phlegmatiques), sur le caractère malin pour ainsi dire d'emblée de quelques autres esquinancies (sanguines, bilieuses, pituitaires âcres), ainsi que sur la tendance chronique et ulcérative de certaines affections gutturales (atrabilaires). Il avait montré les perturbations viscérales diverses que peut entraîner la phlegmasie du gosier, et en avait même exagéré l'importance,

(1) Voy. T. I, p. 259.

comme nous venons de le dire dans un chapitre précédent (Complications), entraîné qu'il était par la doctrine de la métastase.

Au xviie et surtout au xviiie siècle, où les auteurs de l'antiquité et de la période arabe commencent à perdre de leur influence, bien que souvent consultés (principalement les Grecs, car les Arabes ont été frappés d'ostracisme à la suite des grandes luttes de la Renaissance), la tendance à créer dans la pathologie pharyngée des types nouveaux permit de développer cette idée déjà esquissée dans Avicenne, mais reposant sur une base humorale trop hypothétique : que certaines fausses angines, la catarrhale par exemple, sont d'une essence bénigne et rentrent dans la catégorie de ces maladies pharyngées, auxquelles Thessalus, le fameux méthodiste, refusait dédaigneusement le titre de maladie, tandis que d'autres, telles que la laryngite (cynanche), cantonnées à l'extrémité supérieure de l'arbre aérien, menacent de suffoquer les malades, ou bien déterminent un état général grave, des complications multiples, à cause d'une sorte de *venin caché* qu'elles empruntent au génie épidémique (angine maligne de Boerhaave, Sauvage, Fothergill, Cullen ; états catarrhaux et bilieux malins de Stoll et des autres épidémiologistes). La fragmentation de l'angine en une série de types morbides distincts, dont nous avons montré les inconvénients au point de vue de la pathologie générale, fut donc un progrès en ce qui concerne le pronostic.

Notons que, comme les Grecs et les Arabes, les médecins des temps modernes tiennent le plus grand compte

(1) Voy. son traité de la dyspnée.

de la fièvre, du pouls, de l'état des forces et de celui du système nerveux.

VI. — DIAGNOSTIC

Les médecins de l'antiquité, de la période arabe et des temps modernes avaient bien compris les conditions d'un bon diagnostic de l'esquinancie, c'est-à-dire faire connaître si vraiment il y a angine, quel est son type, sa nature, et le genre de complications, s'il en existe.

La confusion de la pharyngite avec la laryngite sous la dénomination commune d'esquinancie, grâce à la prédominance accordée à la dyspnée (Voy. Tome I, page 60), avait troublé la compréhension exacte de la symptomatologie, de la marche et du pronostic. Elle devait être bien plus défavorable encore au diagnostic.

Cependant, dès ce moment (Voy. Tome I, p. 202), des tentatives intéressantes avaient été faites pour distinguer les phlegmasies gutturales de certaines affections des voies respiratoires. Galien avait montré que la péripneumonie, la bronchite, l'asthme (1), etc, peuvent bien entraîner de la dyspnée, comme les affections de la gorge (entendues comme à cette époque), mais que ce symptôme n'avait alors pas la même allure et la même marche. En invoquant l'existence des troubles vocaux caractéristiques dans l'inflammation du larynx, il avait même commencé à distinguer la laryngite de l'angine. Cette remarque si intéressante n'avait pas malheureusement porté tous ses fruits, ni pendant la période arabe, ni même dans le xvi[e] et le xvii[e] siècle. C'est au xviii[e] siècle seulement que, de plus en plus, on fait de l'angine sans signes physiques et sans dysphagie, une cynanche laryngée ou

trachéale. Toutefois, même à cette époque, on était fort embarrassé, quand les troubles de la déglutition s'ajoutaient aux troubles respiratoires. Les écrits des médecins grecs, arabes, etc, apprenaient bien que, souvent dans ce cas, il existait, trop bas pour être perceptibles, des abcès fort dangereux, qui guérissaient cependant quelquefois, lorsque la collection purulente s'ouvrait à l'extérieur ou dans le pharynx. Mais, d'autre part, toute une série d'observations (celle de Dodonœus, par exemple, sur une pneumonie accompagnée de dyspnée et de dysphagie sans toux ni crachats, ni point de côté, celle de Bonnet sur une inflammation du thymus ayant troublé par compression le fonctionnement de la trachée et de l'œsophage, celle de Riolan sur une affection hépatique simulant un mal de gorge) avaient montré que le siège des altérations morbides pouvait être, en certains cas, fort éloigné de la gorge. Tout ce que le miroir permet de reconnaître si facilement et si rapidement échappait en grande partie aux praticiens qui nous ont précédés. Néanmoins il faut avouer qu'ils tiraient assez bon profit de la localisation des douleurs, de l'aspect de la base de la langue, et qu'en maniant habilement l'abaisse-langue ou le doigt, ils savaient assez souvent démasquer même les abcès de l'épiglotte (1).

Lorsqu'au cours du XVIIe et du XVIIIe siècle (*angina notha* de Sennert et d'Ethmuller, angine *œdémateuse* de Boerhaave et Sauvage), on commença à connaître l'œdème buccopharyngien de certains états cachectiques, on distin-

(1) Gariopontus (Textes, T. III) préconise le toucher pharyngien quand la vue reste impuissante. Sennert y fait aussi allusion, etc. Les chirurgiens s'en servaient beaucoup pour démasquer les collections profondes, en utilisant au besoin d'une façon concomitante l'autre main placée à l'extérieur.

gua celui-ci de l'angine inflammatoire (*vera*, *exquisita*, etc.) par la teinte blanchâtre des parois, l'absence de rougeur, de douleur, la coïncidence avec des maladies cachectiques diverses, la production de tuméfactions diffuses et de dysphagie plus ou moins marquée, précédant de peu les phénomènes avant-coureurs de la mort.

C'est également par l'absence de phénomènes inflammatoires et même de tuméfaction, qu'on arrivait à démêler la nature véritable de *certains troubles nerveux* du pharynx et de l'œsophage, dont Avenzoar (Tome I, p. 281), le premier, avait publié un cas si intéressant, dont Galien avait du reste déjà admis la possibilité, et dont enfin les auteurs de la Renaissance (Riedlin, Rivière, Forestus, Schenkius, etc.) avaient fourni ensuite d'assez nombreux exemples (1).

Quant aux *variétés cliniques* de l'angine, on se basait sur la symptomatologie pour les reconnaître. La gravité de l'état général, la suffocation, l'absence de rougeur et de tuméfaction permettaient de reconnaître par exemple la terrible angine sans signes physiques, c'est-à-dire la cynanche et de la séparer de l'angine proprement dite, regardée comme beaucoup moins grave. Cela surtout préoccupait la majorité des praticiens du XVI[e] et du XVII[e] siècle, tout comme dans la période gréco-romaine et la période arabe. Plus tard, la distinction des nouvelles espèces morbides, basée le plus souvent sur la notion épidémiologique, se faisait par la connaissance de l'épidémie régnante, l'état général, les signes physiques, etc.

Le diagnostic *des complications* continuait à reposer

(1) Lange a publié un cas très net de toux amygdalienne, Riedlin de paresthésie pharyngée, etc.

uniquement sur les éléments indiqués par Hippocrate, Galien, Cælius, Arétée, etc., c'est-à-dire sur les *perturbations fonctionnelles* bien apparente des principaux viscères. Aussi était-il resté très imparfait, faute de la palpation, de la percussion, du laryngoscope, de l'analyse chimique des urines, etc.

VII. — THÉRAPEUTIQUE

Introduction.

Les anciens avaient une thérapeutique pharyngienne si variée, si riche et souvent si efficace, qu'il n'était guère permis aux médecins de la Renaissance de beaucoup innover. Même actuellement, où l'on est pourvu des ressources si précieuses que la chimie et l'expérimentation sur les animaux ont mis à notre disposition, c'est surtout en *simplifiant*, en *éliminant* les drogues inefficaces ou dangereuses, que nous avons progressé.

Nos prédécesseurs des XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles, qui ne les possédaient point, n'avaient guère avancé. Il serait par conséquent aussi inutile que fastidieux d'adopter entièrement le plan suivi dans notre premier volume. Il est préférable de signaler simplement les modifications qui tendaient à s'établir et les discussions que commençaient à susciter le traitement des affections pharyngées. Celles-ci portaient principalement sur les points suivants : de l'utilité de l'émission sanguine et du choix de la veine à inciser ; action des purgatifs et des vomitifs (principalement de l'antimoine) ; inconvénients des gargarismes ; danger des drastiques au début de l'affection. Nous aurons aussi à parler des quelques drogues nouvelles,

principalement d'origine minérale (1), adoptées grâce aux alchimistes et à la révolution pharmaceutique que Paracelse essaya d'introduire dans les préparations officinales de l'époque. En effet, grâce à lui, de véritables extraits (opium, belladone, etc.) entrent en quelque sorte dans la pratique courante. D'autre part, l'influence de l'iatrochimisme pousse à l'adoption des alcalis volatils, de l'alcool, du camphre, des substances éthérées que l'on supposait propres à dissiper les thromboses sanguines, cause supposée de tous les accidents morbides.

1° — DÉRIVATIFS

A. — Saignée.

La saignée continuait à être le grand moyen pour faire tomber la réaction inflammatoire. Cependant Paracelse et ses disciples en défendirent l'emploi dans l'angine, pour ne pas troubler défavorablement le processus chimique qui était supposé donner naissance à l'apostème guttural. Mais ils furent peu écoutés et l'émission sanguine resta dans la pratique. Même vers la fin du XVIIIe siècle, on saignait copieusement les pléthoriques à plusieurs reprises au pied, si la marche du mal l'indiquait, tout comme dans la période gréco-romaine. Les débiles, les femmes et surtout les enfants en demeuraient seuls exempts; Zacutus Lusitanus, Marchetti, etc. signalent comme de grandes audaces le fait d'avoir saigné des enfants au-dessous de dix ans.

Cependant, dès la Renaissance, une réaction s'était faite, sous l'influence de Palmarius, contre l'usage de la

(1) Pour la partie thérapeutique consulter surtout Trincavella, T. III, p. 128; Sennert, T. III, p. 170 et Ethmuller, T. III, p. 190.

saignée dans les angines malignes épidémiques. Les Espagnols, les Italiens en abandonnèrent à peu près l'emploi dans le cours de la diphtérie buccopharyngée (1), sauf peut-être tout à fait au début, quand le mal, disaient-ils (Sgambati) n'a pas développé encore toute sa malignité. Ils avaient remarqué en effet (Mercado, etc.) que la perte de sang, en affaiblissant le malade, le rend moins propre à résister. L'un deux (Cortesius) va jusqu'à dire qu'on favorise ainsi l'entrée dans les veines des germes morbides répandus sur la peau.

Une très grave discussion s'était élevée depuis la fameuse dispute de Brissot avec les Arabistes ; il s'agissait de savoir s'il fallait ou non abandonner les saignées du bras ou du pied, à peu près les seules pratiquées par les médecins depuis la réaction méthodiste du IIe siècle (Voy. Tome I, p. 26), pour adopter la saignée des jugulaires, c'est-à-dire l'émission sanguine cervicale, la piqûre des ranines n'ayant jamais été abandonnée entièrement. Mercuriali, Riolan, Bartholin, rejetaient cette phlébotomie, parce que, disaient-ils, elle est dangereuse et incommode, les vaisseaux (jugulaire externe) étant souvent peu visibles, difficiles à immobiliser et à tendre. Mais Zacutus Lusitanus et d'autres penchaient pour cette pratique et publiaient des succès obtenus ainsi dans des cas désespérés. Elle ne fut cependant jamais beaucoup employée, et Dionis avoue que, de son temps, c'était surtout un exercice de médecine opératoire, pour les candidats au titre si envié de maître chirurgien de Saint-Come.

Quand on supposait que l'angine résultait de la suppression du flux menstruel, on saignait toujours *au pied*

(1) Voy. T. II, auteurs ayant écrits sur la diphtérie.

ou à la veine saphène de la cuisse, pour dégorger les parties inférieures du corps. On supposait en effet que chaque saignée amène la déplétion de la portion de l'économie située au-dessus : celle du cou, de la tête, etc. Celle du pied devait donc dégorger le corps tout entier ; par conséquent on y recourait, soit quand on désirait agir sur certains organes abdominaux (utérus, vessie, rectum), soit lorsqu'on voulait faire sentir sur l'économie entière les résultats de l'émission sanguine. Certains prétendaient enfin tirer de l'aspect du sang des indices précieux sur l'évolution du mal (Voy. Recolin).

B. — Lavements.

Au XVIe siècle, où on reste plus fidèle aux anciennes pratiques, les lavements étaient encore très usités dans le traitement de l'angine. Houillier, le célèbre médecin de l'école de Paris, recommandait surtout, comme clystère purgatif, la casse et la coloquinte bien mélangées. Trincavella (contre l'usage général) avait même recours aux évacuants de cette nature avant la saignée, lorsque l'esquinancie était menaçante. Il importe, disait-il, de soulager au plus vite, sans attendre l'arrivée du barbier, qui peut tarder. Au XVIIe siècle, les lavements âcres furent délaissés, et au XVIIIe siècle, la pratique des clystères tendit de plus en plus à tomber en désuétude.

C. — Purgatifs.

On purgeait généralement après l'émission sanguine, (Paracelse rejetait cette pratique), comme l'avait recommandé Galien ; même les iatrochimistes et les iatromécaniciens, encore tout imbus des pratiques mises en honneur par l'humorisme, continuaient à y avoir recours.

La casse, la manne, le tartre (tartrate de soude, etc.) étaient les purgatifs préférés. Les pilules étaient généralement délaissées, parce que leur consistance solide les rendait, comme le dit Trincavella, peu propres à être dégluties par un pharynx enflammé. Les bols plus mous étaient davantage usités ; on se servait surtout des décoctions, des potions. Dès le XVIe siècle, les praticiens purgeaient du reste avec modération, rejetant presque tous les purgatifs âcres de leurs prédécesseurs. Ils avaient même reconnu que, dans la diphtérie par exemple, il était inutile et même nuisible de purger les malades. Rappelons à ce sujet que des médecins distingués, tels que Mercuriali, Massaria, bien que très partisans du galénisme, admettaient que l'apostème une fois en formation, il était bien difficile de déloger les humeurs et que, par conséquent, les purgatifs étaient le plus souvent inutiles. Zacutus Lusitanus combat vivement cette opinion.

D. — Vomitifs.

Par contre, les vomitifs jouissaient d'une grande vogue. On avait reconnu leur utilité incontestable dans les états saburraux du tube digestif. On remarquait qu'ils diminuaient la sécheresse et l'ardeur du gosier, mais sans se douter encore que ces résultats favorables étaient dus à l'hypersécrétion des glandes. Les vomitifs doux étaient surtout l'oxymel scillitique, qu'on employait de préférence chez les enfants : chez l'adulte on recourait plutôt aux préparations à base d'antimoine. L'antimoine, en effet, l'avait emporté, malgré des contradicteurs ardents et convaincus, tels que Guy Patin.

D'autre part, quand l'apostème était presque mûr, et qu'on le jugeait d'une ouverture difficile par l'instrument

tranchant, au lieu de passer comme autrefois une tige de bois, ou d'enfoncer une éponge retenue par une ficelle, pour faire crever ainsi la collection purulente, on préférait faire vomir énergiquement le malade, afin d'obtenir le même résultat, grâce aux contractions des parois pharyngées. On s'épargnait ainsi des manœuvres pénibles et dangereuses.

2° TOPIQUES PHARYNGÉS

Ce sont les mêmes que ceux de la période gréco-romaine.

A. — Gargarismes.

Les gargarismes sont délaissés par quelques-uns, dit Ethmuller, parce qu'ils les croient plus nuisibles qu'utiles; ceux-ci ébranleraient fortement un organe enflammé, qui a besoin de repos. Ils se contentaient donc de faire garder dans la bouche le liquide médicamenteux, d'en faire avaler quelques gouttes avec toutes les précautions possibles et de faire ensuite rejeter le restant. Mais la plupart des médecins, moins timorés, continuaient à suivre les traditions, prenant bien garde, il est vrai, de tomber, comme les anciens humoristes, dans l'abus des astringents. On avait, en effet, reconnu que ces substances irritantes ne font au début qu'augmenter l'intensité de la réaction inflammatoire. Les drogues employées étaient à peu près les mêmes que du temps de Dioscoride et de Pline. Cependant, les simples tirés des jardins potagers (ail, oignon, ciboule) n'étaient plus usités; d'autre part l'origan, l'hysope, la rue qui avaient maintenu leur réputation jusqu'à la fin du moyen âge, avaient perdu presque

toute leur vogue. On prescrivait comme *gargarismes adoucissants*, le lait, l'hydromel, la décoction d'orge. On ajoutait généralement à ces liquides des décoctions d'hysope, de bois de réglisse, de dattes, de figues (fruits pectoraux), de camomille, etc.

Pour la confection des *gargarismes astringents*, on recourait surtout aux fruits âpres : coing, pomme verte, sorbes, brou de noix, noix fraîches (*dianucum*), mûres (*diamoron*), cornouilles, citron, grenade, etc. Toutes les pharmacies renfermaient des sortes d'extraits, tirés de ces substances. Le miel rosat aux pétales de roses rouges jouissait également d'une grande faveur. Il en était de même des préparations au suc de plantain, de joubarbe, de prunelles. L'eau de prunelle passait même pour le médicament par excellence des angines (la majorité des empiriques allemands, les disciples de Paracelse, etc.). Si la rue était délaissée, il n'en était pas de même de la moutarde. Tous les auteurs reconnaissent qu'elle est excellente pour clarifier la salive trop visqueuse.

A une période un peu plus avancée du mal, on se servait des drogues minérales (alun, nitre, extrait de saturne), du vinaigre, de la poudre d'écorce de chêne, de noix de galle. Ethmuller recommande beaucoup les gargarismes au *sel ammoniaque*, qu'on additionnait d'hysope, de sureau, de camomille, de mélilot, etc. D'autres préféraient les râpures de dent de sanglier, de cornes de cerf, de camphre ; les huiles éthérées, vitrioliques, commencent à jouer un rôle important.

Les excréments de chien (*album grecum*), d'hirondelles, de chèvres, de brebis, d'homme, etc. n'étaient pas encore oubliés. Paracelse et Hartmann son disciple en vantaient l'emploi parce que, disaient-ils, ces excré-

ments sont imprégnés d'un sel nitreux fort utile. Ethmuller n'a pas honte de recommander aussi les cendres de chauves-souris, qu'on faisait calciner à cet effet.

B. — Masticatoires.

Assez usités, les masticatoires principaux de cette époque sont le poivre, le gingembre, les clous de girofle, la cardamome, le mastic, c'est-à-dire les aromatiques du genre des épices ; on utilisait aussi parfois le camphre, etc.

C. — Poudres en insufflation.

Les insufflations de poudre étaient surtout usitées dans les maladies de la luette, moins pour les amygdales et peu pour l'angine ; leur emploi était donc limité, contrairement à ce qui se passait dans le moyen âge. On se servait de poudre de tannin, de noix de galle, de fruits astringents, de pétales de roses désséchées, etc. Le nitre, l'alun pulvérisé, le phlegme de plomb et même l'arsenic étaient prescrits, surtout contre les affections ulcéreuses.

D. — Collutoires pharyngés.

Les collutoires étaient en partie abandonnés dans l'angine simple, parce que, comme le dit Trincavella, leur bénéfice est illusoire, à cause du peu de temps qu'ils séjournent (déglutition) et parce que les parois de l'organe sont trop enflammées pour se laisser humidifier et ramollir. Cependant, dans l'ulcère, on s'en servait beaucoup. En outre des substances recommandées par les Grecs et les Arabes, on utilisait l'*eau-de-vie*, sauf chez les enfants, parce que, disait-on, la bouche, à cet âge, ne pourrait résister à un remède si douloureux. Dans les

cas d'abcès amygdaliens, quelques-uns touchaient la région malade avec de l'huile de vitriol, soutenant que l'abcès s'ouvrait aussitôt (Ethmuller). Contre la diphtérie et la gangrène, l'alun, le nitre, le sulfate de fer, l'acétate de cuivre (vert de gris) avaient été prescrits par différents médecins, notamment par les Espagnols.

3° TOPIQUES PHARYNGÉS EXTERNES

Les topiques pharyngés externes tendaient à être délaissés, bien que Pringle eût reconnu que les enveloppements chauds avec des linges trempés dans une solution d'ammoniaque soulagent beaucoup le malade.

Les *cataplasmes* étaient les préparations les plus usitées. Leur composition continuait à être très complexe. Le plus souvent, on les confectionnait avec de la *mie de pain*; on utilisait aussi la farine de lin, la farine d'orge ou de fenugrec.

Comme *révulsifs*, on prescrivait les sinapismes, les vésicatoires dont Stoll et d'autres faisaient grand usage dans certaines constitutions épidémiques. Les ventouses scarifiées tendaient à être délaissées pour les sangsues. Enfin, si on pratique encore beaucoup les scarifications internes et externes au XVIe siècle, on y a très peu recours au XVIIIe siècle, sauf pour les amygdalites, la mode de ces incisions ayant été reprise dans ce cas particulier, en Angleterre, puis en France (Voy. Vicq d'Azyr). Contre les récidives si fréquentes du mal, chez certains sujets, Ethmuller s'est bien trouvé de mettre un séton sur le bras.

Enfin, terminons en rapportant une pratique populaire allemande. Les gens de ce pays, dit Sylvius, se mettent,

en cas d'angine, autour du cou leurs vieux bas, et disent que cela leur calme la douleur et fait disparaître l'inflammation. En effet, reprend-t-il, ces bas trempés de sueur sont tout imprégnés des sels volatils de ce liquide, c'est-à-dire de principes analogues à ceux de l'urine.

4°. TRAITEMENT CHIRURGICAL.

1° Collections amygdaliennes.

Au cours du XVI[e] et du XVII[e] siècle, on pratiquait encore assez volontiers l'*expectative*, cherchant inutilement le soulagement des malades dans l'application de cataplasmes ou même de liniments aux excréments d'animaux par exemple. C'était surtout la faute des médecins, qui recouraient sans miséricorde aux saignées répétées, principalement à celles du pied (Voy. Recolin, plus haut). Les chirurgiens (Ambroise Paré, Jean de Vigo, etc.) se rendaient déjà un compte exact de l'inanité de ces moyens dans un grand nombre de circonstances et recommandaient d'inciser, quand les onguents et la saignée avaient manifestement échoué. Verduc, Heister, puis tous les auteurs qui suivent, sont unanimes sur ce point.

Pour savoir si l'abcès était mûr, on se fondait sur les signes exposés autrefois par Philumène et Paul d'Égine, c'est-à-dire l'existence de battements, le changement de coloration de la glande, la présence d'un point ramolli.

Les instruments employés étaient des lancettes ou des scalpels à longs manches. Peu à peu, on avait reconnu la nécessité de donner une certaine courbure à la lame tranchante (Voy. l'*Armentarium* de Scultet). Pour empêcher

le résultat désastreux d'un mouvement intempestif, par exemple de la part du malade, on cachait ladite lame, presque jusque vers la pointe, à l'aide d'une bande de diachylon soigneusement enroulée à cet effet. Certains chirurgiens, tels qu'Ambroise Paré et Petit (Voy. Tome III, p. 304), s'étaient efforcés, pour prévenir tout accident et ne point effrayer le malade par la vue de la lame tranchante, d'engaîner celle-ci, et de n'en faire sortir l'extrémité qu'au contact de l'organe malade ; de là le pharyngotome. Celui de J. Petit, qui n'était en somme qu'un perfectionnement de celui d'Ambroise Paré, présentait, suivant le traité d'opération de Garengeot, les dispositions suivantes : il était formé d'une lancette cachée dans une canule, qu'on faisait saillir au dehors à l'aide d'un ressort à spirale.

Quant à l'opération elle-même et à la façon d'arrêter le sang, il n'y eut aucune modification importante, bien entendu, sur les procédés anciens, ceux-ci réalisant les desiderata principaux (écartement des mâchoires, abaissement de la langue, renversement de la tête en arrière, etc.) (1).

2° Collections purulentes extra-amygdaliennes.

Les collections purulentes de l'amygdale peuvent, à un moment donné, fuser dans le voisinage ; ou bien les abcès se développent d'emblée en d'autres points, tels que la base de la langue et de l'épiglotte. Ces faits étaient déjà nettement entrevus, dès l'antiquité. Mais le siège reculé de ces abcès rendait l'intervention autrement difficile que dans les cas de suppuration amygdalienne. Aussi, malgré

(1) Voy. Paul d'Égine, t. I, p. 237.

les faits heureux publiés par les auteurs, hésitait-on beaucoup. Ceux qui manquaient d'audace recouraient plus volontiers au passage de l'éponge ou aux vomitifs (Voy. Tome III, p. 83). Cependant, quand les phénomènes d'asphyxie menaçaient par trop et que l'exploration digitale avait fixé le siège du mal, beaucoup de praticiens se décidaient, en désespoir de cause, à l'intervention (Voy. Auteurs des collections d'observations, et Recolin).

Deux voies s'offraient :

1° La voie interne, la plus usitée.

2° La voie externe.

Pour la voie interne, les instruments à direction courbe auraient présenté une véritable utilité. De fait, à partir du xviii[e] siècle, on fit un certain usage de ceux-ci ; mais, le plus souvent, on recourait à une méthode déjà indiquée par Hippocrate ; quand l'ongle ou une tige de bois pointue ne suffisaient pas à vaincre la résistance de la collection purulente, dont on présumait le siège grâce au toucher digital, on cachait, à l'aide de l'index, la lame d'un bistouri à long manche et on incisait dès qu'on se croyait en contact avec l'abcès. Recolin insiste sur la nécessité de faire parfois des incisions profondes au-dessous des amygdales.

La *voie externe* était tantôt employée à défaut d'autres, un peu à l'aveuglette, dans les régions où on sentait dans la profondeur une sorte de tuméfaction (ex. : cas de Benivieni et de Lanfranc), tantôt, lorsque la palpation interne et externe combinées avaient fait reconnaître l'existence bien nette sur les parties latérales du cou par exemple, d'une poche purulente. Dans ces cas, l'opération était, bien entendu, beaucoup mieux réglée.

Lorsque le siège de la collection n'était pas précisé,

on se comportait différemment, suivant qu'il existait surtout de la dyspnée ou de la dysphagie.

Dans les cas de dyspnée menaçante, d'origine laryngée, ou pharyngienne sans siège précis, Ambroise Paré recommandait la trachéotomie, que Fabrice d'Aquapendente avait remise à la mode. Zacutus Lusitanus se prononce formellement pour l'ouverture de la trachée. Il en est de même de Schenkius, de Mercuriali, etc. Habicot fit paraître sur le sujet un petit traité (Voy. Tome III), où il montre que, si l'opération échoue souvent, c'est parce qu'on s'y prenait généralement trop tard. Ce sont aussi les conclusions de Dionis (Voy. p. 120). Au cours du xviii[e] siècle, les procédés anciens (de Paul d'Égine), déjà un peu modifiés (choix de l'incision, trocart, porte-canule, etc.), reçurent des perfectionnements incontestables (Voy. *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, Tome V.). Mais nous ne pouvons nous étendre davantage sur un sujet qui n'appartient pas véritablement au cadre des opérations pharyngées.

Dans les cas de dysphagie, Zacutus Lusitanus, Fonseca, Rivière, etc., avaient eu recours avec succès aux lavements alimentaires d'Avenzoar. Nous devons rappeler ici combien étaient intéressantes les considérations physiologiques sur lesquelles Fonseca appuyait sa pratique. Mais l'emploi de la sonde œsophagienne, recommandée aussi par Avenzoar, n'était point non plus oublié. Capivaccius s'efforça d'en montrer l'utilité et il eut des imitateurs (Voy. Tome III). Sur la fin du xviii[e] siècle, Desault fit faire un progrès immense à l'alimentation par la sonde, en choisissant de préférence la voie nasale, et en imprimant pour cela une courbure au stylet directeur, qu'il introduisait dans ses sondes molles.

Pour terminer ce qui a rapport au traitement chirurgical des angines, disons que la piqûre des ranines continuait à être pratiquée par quelques-uns, mais seulement à la période d'état. Sydenham en avait recommandé l'usage probablement pour obéir aux prescriptions hippocratiques. Quant aux scarifications locales, longtemps oubliées, elles avaient été remises en honneur pour les cas d'amygdalite par le chirurgien Scharp, au cours du XVIIIe siècle ; ce praticien prétendait ainsi raccourcir la durée du mal et diminuer son intensité.

II. — HYPERTROPHIE DES AMYGDALES

Les auteurs grecs, arabes et ceux du moyen âge avaient déjà nettement signalé l'origine inflammatoire de l'hypertrophie des amygdales. Ils en avaient décrit les symptômes, la marche et les troubles mécaniques qu'elle entraîne. Le phlegme était regardé comme la cause de ces accroissements de volume parfois si gênants.

Le traitement chirurgical de ces sortes d'affections remontait déjà à une époque fort éloignée (Voy. Celse, Tome I, p. 162 et Paul d'Égine, Tome I, p. 237). L'ablation sanglante ou la destruction par les caustiques, tels étaient les procédés employés par les chirurgiens de l'époque.

Les écrivains des temps modernes n'ajoutèrent pas beaucoup aux notions que nous venons d'exposer. Ils remplacèrent peu à peu, sous l'influence des idées du jour, le phlegme par la lymphe chargée de principes salins et pierreux. Ils délaissèrent, depuis Fabrice d'Aquapendente, l'instrument tranchant pour un procédé nou-

veau, la ligature ; et encore le triomphe de cette dernière fut d'assez courte durée, grâce aux efforts de Museux et de Desault.

1° Excision.

L'ablation sanglante était certainement la méthode la plus ancienne, puisqu'on la voit recommandée par Celse, décrite tout au long par Paul d'Égine et Albucasis (Voy. Tome I, p. 142, 237, 370), pratiquée assez couramment par les chirurgiens italiens du moyen âge, par Guy de Chauliac, Mondeville, etc. Brunus, ayant remarqué qu'après l'opération les récidives étaient assez fréquentes, avait même recommandé de *brûler le moignon au fer rouge*.

Nous avons donné déjà la technique de l'extirpation au scalpel, il est inutile d'y revenir ici. Faisons remarquer cependant qu'elle expose aux hémorragies, et que celles-ci, chez certains sujets, peuvent devenir inquiétantes ou même mortelles (hémophiliques), quel que soit l'abondance des styptiques employés. C'est pour cette raison que Fabrice d'Aquapendente (1) la condamna comme trop dangereuse « sans compter, dit-il, les difficultés qu'elle présente ». Cet éminent chirurgien, d'habitude très prudent, fut certainement trop timide dans la circonstance. Mais, comme il jouissait d'une très grande réputation, la défaveur qu'il avait jetée sur l'opération sanglante lui survécut assez longtemps. Au XVIIe siècle, Van Horne blâme encore à ce sujet la témérité des anciens (Voy. *Microtechne*, volume I, p. 425). Dionis se contente de dire : « Quelques-uns de nos anciens proposent de séparer

(1) Voy. T. III, p. 270.

et d'arracher ces glandes, ils en font l'opération très aisée et nous assurent qu'elles n'incommoderont plus dans la suite. Je vous renvoie aux moyens qu'ils vous donnent pour la faire et que je trouve très cruels ; et je voudrais une autre caution de succès que leur parole ; car la fonction de ces glandes étant de séparer et de filtrer les sérosités qui servent à humecter la langue, le larynx et l'œsophage, ces parties se trouveraient privées de cette rosée qui leur est d'un grand secours pour tempérer l'air qui entre dans les poumons et faire glisser l'aliment qui tombe dans l'estomac. » Verduc passe sous silence l'ablation par le bistouri. Garengeot fait de même. Or, comme cet auteur s'était fait le très fidèle écho des préceptes suivis par les grands chirurgiens parisiens de l'époque, on peut en conclure que la méthode était tombée en désuétude dans la capitale.

En Allemagne, Heister, le chirurgien allemand le plus célèbre du commencement du XVIII[e] siècle, regarde l'ablation sanglante comme dangereuse et malaisée. Aussi, dit-il, on ne la pratique plus guère aujourd'hui (1).

Cependant, en Angleterre, Wiseman, suivant le conseil de Guillemeau, avait essayé de lui ôter une partie de ses inconvénients en serrant au préalable le pédicule dans une ligature, afin d'interrompre le cours du sang. Néanmoins, malgré ce perfectionnement relatif (il était inapplicable, bien entendu, dans les cas de gros pédicule), les praticiens anglais, sous l'influence de Cheselden et de son élève Scharp (*Traité des opérations*), se rallièrent à la méthode rivale de la ligature, et Moscati, chirurgien distingué de Milan, communiqua à l'Académie de chi-

(1) Voy. T. III, p. 304.

rurgie, en 1759, un célèbre mémoire, où il discutait les méthodes de destruction usitées avant lui, et prenait parti pour la ligature, tout en rapportant quelques cas heureux d'excisions.

Moscati eut ainsi le mérite de réveiller l'attention sur le sujet. Bordenave fit à ce propos une communication très importante, où il discutait avec compétence les différents procédés. Maurin blâma Moscati de diviser au préalable la glande en quatre tronçons, dont il ne se débarrassait que dans les séances suivantes. D'autres penchèrent pour l'emploi des *ciseaux courbes*, par exemple ceux de Levret. Ce fut le cas pour Bordenave, qui, dans un deuxième mémoire, déclare même que c'est là le procédé le plus commode et le plus sûr. Cependant, Muzeux, peu après la communication de Moscati, faisait connaître sa méthode, qui constituait un véritable perfectionnement. En effet, avec la pince à griffe, il immobilisait d'une façon assurée l'amygdale malade et, de plus, pour maintenir la cavité buccale béante, il avait inventé un mors latéral qui avait à peu près la forme de nos écarteurs actuels. Voici comment il opérait : la bouche étant maintenue ouverte et la langue abaissée, il saisissait la tonsille avec la double pince à érigne, de la main droite s'il agissait à droite et de la gauche dans le cas inverse. Puis, après avoir amené une tension convenable dans les parties saisies, il retranchait, dans un seul temps, la partie de l'organe qu'il désirait réséquer, à l'aide d'un bistouri assez long, mousse à son extrémité et garni d'une bandelette jusqu'au voisinage de la pointe comme pour une ponction d'abcès amygdalien (son collègue de l'hôpital de Reims, Caqué, employait un couteau à lame inclinée de 160°). Cependant Louis, comme Bordenave,

continuait à préférer les ciseaux courbes, ou même le bistouri; mais, comme il craignait le renversement de la glande sur la glotte, le fait ayant été signalé plusieurs fois notamment par Wiseman, il coupait de bas en haut avec le scalpel, retournant pour cela le tranchant de la lame.

C'est dans cette direction que sectionnait aussi le *kiotome* de Desault. Ce dernier se composait d'une gaine en argent, présentant, près de son extrémité, une échancrure semi-lunaire sur le bord latéral. Une lame cachée, agissant de bas en haut, venait combler, quand on la poussait, l'échancrure, en se rapprochant de l'extrémité à la façon d'un couteau de guillotine. Voici le mode opératoire : le malade étant mis dans la position classique, les mâchoires tenues écartées par un corps solide interposé entre les dents et la langue abaissée fortement au moyen de la spatule, le chirurgien saisissait l'amygdale avec une érigne double, la tirait à lui, la tendait convenablement, et introduisait le pédicule de la glande dans l'échancrure latérale du kiotome. Maintenant celui-ci avec l'index et le médius placés dans l'anneau du manche, et poussant la lame avec le pouce, il faisait glisser celle-ci de bas en haut (la prise étant toujours verticale) et tranchait le pédicule, quelle que fût sa grosseur. Desault reconnaissait à son instrument le grand mérite de fixer la glande pendant la section et de l'empêcher de fuir ; ce qui arrive fatalement, dit-il, avec le bistouri et les ciseaux courbes. De plus, le malade, ne voyant pas la lame, n'était pas effrayé ; ce qui était précieux chez les enfants. Mais on constata bientôt que le kiotome n'était pas toujours capable, quand le pédicule, par exemple, était gros, de tout sectionner en une seule fois ; il fallait avoir l'ennui de recommencer. Aussi la méthode de Muzeux était-elle

généralement préférée à la fin du xviii[e] siècle ; c'est elle que préconisait le professeur Sabatier.

2° Cautérisation.

Presque aussi ancienne que l'opération sanglante, puisqu'elle est déjà recommandée par Paul d'Égine chez les malades pusillanimes, elle s'effectua d'abord avec les caustiques; puis, sous l'influence d'Albucasis, qui ne rejetait nullement du reste l'autre procédé, on eut recours aussi au *fer rouge*. Mais l'emploi de celui-ci était tombé en désuétude, à cause peut-être de l'effroi des malades et des brûlures possibles des parties voisines, lorsque Marc-Aurèle Séverin le remit à la mode, en supprimant ce dernier inconvénient. A la suite de la grande épidémie de Naples, pour détruire les tonsilles infectées, il inventa une canule, dans laquelle on introduisait le fer incandescent, qu'on démasquait seulement au niveau de l'organe malade. On garantissait le palais avec un carton découpé d'une façon convenable; on abaissait la langue avec la grosse extrémité d'une cuillère, dont elle se trouvait coiffée pour ainsi dire. Le cautère en roseau (à extrémité renflée comme la plante appelée massete), bien rougi, était placé dans la canule, que le chirurgien tenait d'une main, tandis que l'autre dirigeait le cautère. On ne se servait du reste de cette méthode que pour les glandes de moyen volume et mal pédiculées.

Les *substances caustiques*, préconisées bien avant le fer rouge (par Paul d'Égine), étaient tantôt peu corrodantes (sels métalliques, tels que sulfate de cuivre, de zinc, d'alumine), tantôt très actives (acide arsénieux, sublimé, huile de vitriol — acide sulfurique —, pierre infernale, acide chlorhydrique, soude, chaux, potasse). Les caustiques

solides, mal maintenus, pouvant tomber dans la cavité buccale, être avalés et causer dans le tube digestif des lésions étendues et profondes, on protégeait en général les parties sous-jacentes (ex. : avec une cuillère), ou bien on faisait, comme Wiseman, pénétrer dans l'intérieur de la glande un peu de nitrate d'argent, qui en détruisait l'intérieur. Morand se servait d'un porte-mine à long manche et enfonçait le crayon dans une lacune. Van Swieten rapporte un exemple semblable d'un chirurgien contemporain et compatriote de Boerhaave, qui fit disparaître ainsi heureusement un grand nombre d'amygdales hypertrophiées.

Néanmoins, c'était aux caustiques liquides qu'on recourait de préférence. Wiseman détruisit, chez une jeune fille, une hypertrophie tonsillaire, en trempant un bâton dans l'huile de vitriol, et en appliquant à plusieurs reprises le bout sur l'organe malade ; mais il reconnaît avoir été beaucoup gêné par une hypersécrétion salivaire très abondante. Peu à peu, on donna la préférence au muriate d'antimoine liquide ; mais les perfectionnements apportés à la ligature et à l'excision devaient peu à peu faire tomber la méthode par cautérisation, et Heister en donne ces raisons : on limitait fort mal l'action caustique et on faisait en outre beaucoup souffrir les patients, les séances opératoires devant être plus ou moins répétées.

3° Ablation par ligature.

Pendant toute la première moitié du XVIIIe siècle, une seule méthode fut réellement en faveur, c'est l'ablation par ligature. Guillemeau paraît avoir été le premier à en préconiser l'emploi, inspiré probablement par les bons résultats qu'on obtenait avec le serre-nœud de son maître Paré, dans les cas de polypes du nez. Cependant, c'est

grâce à *Cheselden* qu'elle entra dans la pratique. Il sut en effet, dans les cas où le pédicule était aussi gros que le reste de la glande, tourner l'obstacle, en passant dans ledit pédicule une aiguille courbe armée d'un double fil. L'instrument retiré après le passage des fils, il liait isolément chacune des moitiés du pédicule, grâce à un instrument de son invention, avec lequel il imprimait une torsion progressive (Voy. son *Anatomie*, article *Amygdale*). Max Junker, dans son *Conspectus chirurgiæ*, se prononça pour le nouveau procédé ; il montra qu'il était surtout utile, quand le pédicule est étroit et l'hypertrophie moyenne. Heister se déclara avec quelques réserves pour la ligature à laquelle Scharp, élève de Cheselden, gagna beaucoup d'adhérents, en la décrivant avec soin et en rapportant quelques observations personnelles, démontrant ainsi qu'elle n'offrait aucun des dangers de l'exérèse ou de la cautérisation (1).

Moscati pratiqua plusieurs fois l'opération nouvelle à l'hôpital de Milan ; mais il reconnut que le gonflement était parfois tel, après le serrement du pédicule, qu'on était obligé de pratiquer l'ablation au bistouri. Plus lente dans son action, d'une application assez difficile, pouvant entraîner des accidents d'étranglement de la glande, et faisant en tout cas beaucoup souffrir les malades, la ligature fut peu à peu supplantée par l'exérèse.

III. — ULCÈRES DE L'AMYGDALE

Les connaissances laissées par les Anciens sur les ulcères du pharynx ne firent guère de progrès dans les

(1) Voy. T. III, p. 320.

temps modernes. Cependant Schenkius et quelques autres semblent avoir entrevu les pseudo-ulcérations de l'amygdalite lacunaire. D'autre part, si la majorité des médecins continuent à regarder les pseudo-membranes comme des pertes de substance, Sgambati, Mercado, etc., ne tombent pas dans cette erreur. Les syphiliographes avaient depuis le XVIe siècle fait connaître les ulcères vénériens tertiaires, avec lesquels ils confondaient les plaques muqueuses (1). En définitive, on admettait à cette époque, du moins pour les amygdales :

1° Des ulcères aphteux.

2° Des ulcères inflammatoires.

3° Des ulcères dus à l'ouverture non cicatrisée d'une collection purulente.

4° Des ulcères gangreneux.

5° Des ulcères syphilitiques.

6° Des ulcères de cause indéterminée.

7° Des ulcères cancéreux, qu'on soupçonnait, plutôt qu'on les connaissait véritablement.

Quant aux *ulcères du pharynx* proprement dits, leur étude était tout à fait restée dans l'ombre, sauf peut être pour les ulcères vénériens.

IV. — TUMEURS DU PHARYNX

Galien avait déjà signalé l'existence de tumeurs dans la gorge et avait affirmé qu'elles ne diffèrent point de ce qu'on voit dans d'autres régions de l'économie ; il avait même mentionné le cancer (Voy. *Lieux affectés*). Mais ces affections, cependant fort intéressantes, ne semblent guère

(1) Voy. p. 305, l'excellente description de Hunter, où les différents ulcères de l'amygdale sont remarquablement étudiés.

avoir attiré l'attention de ses successeurs gréco-romains, ni des Arabes, ni non plus des chirurgiens du moyen âge. Tous se contentent de vagues allusions ; c'est surtout le polype nasopharyngien que l'on connaît.

I. — POLYPES NASOPHARYNGIENS.

Ces auteurs avaient déjà quelques idées de leur situation dans le cavum. Celse dit positivement que les polypes du nez prennent parfois un tel développement, qu'ils peuvent obstruer la gorge et qu'ils déterminent des suffocations graves principalement quand souffle le vent du midi (1). L'écrivain romain distinguait du reste parfaitement la variété dure de la variété molle, et ne conseillait l'intervention que pour cette dernière. Paul d'Égine recommande aussi de ne pas toucher aux fibromes qu'il considère comme des squirrhes, c'est-à-dire comme des cancers.

Cependant, les Arabes, malgré leur timidité habituelle, se hasardèrent parfois à intervenir. Nous avons mentionné (Tome I, p. 275) ce que fit Albucasis dans un cas de ce genre. Mesué conseillait d'arracher avec de longues pinces le prolongement pharyngien de la tumeur. Puis il cherchait à détruire la portion nasale à l'aide de caustiques. C'est en effet par le fer rouge et par les substances corrosives qu'on attaquait ces tumeurs, lorsque la méthode par arrachement avait échoué, ce qui arrivait presque toujours. A cela se réduisit longtemps le traitement opératoire de ces néoplasmes.

(1) Chacun sait que certains polypes muqueux d'origine normale, prennent parfois dans le nasopharynx un développement considérable. Or, les polypes nous semblent parfois hygrométriques.

Les auteurs différaient sur leur *origine*, mais tendaient à leur reconnaître un *caractère malin*. Aussi, au lieu de la pituite, comme pour les polypes mous, ils invoquaient d'ordinaire la bile brûlée, c'est-à-dire l'humeur qui produit les affections cancéreuses. Les *multiples adhérences* et le *gros volume* que présentent les fibromes de cette espèce leur étaient connus. Ils avaient de même signalé les *hémorragies redoutables* qu'ils déterminent, les *déformations* qu'ils amènent, et la *gêne mécanique*, qu'ils entraînent dans la respiration et la déglutition. On n'était pas du reste bien fixé sur leur siège primitif. Fabrice d'Aquapendente et d'autres pensaient qu'ils s'inséraient sur les os de la voûte du nez. Paré incriminait l'os ethmoïde. Molinetti, Morgagni, etc., montrèrent qu'ils pouvaient s'insérer directement sur la base du crâne, c'est-à-dire sur l'*apophyse basilaire*.

Mais, quel que fût le danger que faisaient courir aux malades ces polypes nasopharyngiens, on n'osait guère y toucher, même en plein XVIIIe siècle ; on tendait en effet à les prendre pour des cancers et, d'autre part, leur volume et surtout leur siège, leur consistance, en rendaient l'extraction très malaisée. Cependant, ce fut au XVIIIe siècle que leur ablation entra dans la pratique des grands chirurgiens. Dès ce moment, furent créées les deux grandes méthodes entre lesquelles se partagent les différents procédés opératoires proposés contre ces tumeurs.

1° L'opération par la *voie naturelle*.

2° L'opération à l'aide des *voies d'accès* (nez, voile du palais, etc.)

1° Opération par les voies naturelles.

Les procédés anciens (arrachement, caustiques) commençaient à être délaissés. Cependant, quelques praticiens continuèrent à y avoir recours. Itard, avait, à ce sujet, inventé des pinces-forceps d'un volume et d'une force extraordinaire, que Verneuil nous a décrites, et qui devaient lui permettre d'agir par *arrachement* ou morcellement, à la façon des instruments inventés par les chirurgiens actuels.

La méthode de la *ligature*, depuis longtemps en usage pour les polypes mous, fut introduite dans la pratique, grâce à Levret, qui indiqua une technique appropriée et inventa des instruments nouveaux. Nous empruntons à son traité, le très intéressant passage, où il parle de l'opération des polypes nasopharyngiens.

a. Procédé de Levret.

« Quoi qu'il en soit de la spéculation et de la méthode, il est indubitable que, si l'on pouvait parvenir à lier ces tumeurs dans le nez et dans la gorge, comme je l'ai fait dans le vagin, ce serait sans contredit la plus sûre de toutes les méthodes, et par conséquent celle qu'on devrait préférer. Or je ne crains pas de l'avancer, parce que je suis en état de le prouver, il m'est aussi aisé de porter une ligature sur les polypes du nez et de la gorge que sur une de ces tumeurs, lorsqu'elle est dans le vagin. Mes moyens sont généraux, ils embrassent toutes les espèces de polypes situés dans les lieux profonds ; il n'y a que quelques légères modifications à apporter ; c'est la grandeur et la grosseur du porte-anse qu'il faut diminuer, de même que celle du conducteur de l'anse.

C'est d'une pince à polype ordinaire dont il faut se servir.

« En 1725, il mourut, à l'hôpital de la Charité des hommes, à Paris, un garçon âgé d'environ dix-sept à dix-huit ans. Depuis trois ans qu'il avait eu la petite vérole, il était affecté de tumeurs polypeuses. Il en avait sept très distinctes dans les sinus maxillaires et sourciliers, dans la gorge et dans le nez. Il en était hideux; sa face était démesurément élargie; son nez se trouvait au niveau des pommettes, et parce qu'il avait été contraint de se dilater, et parce que les parties antérieures et moyennes des os maxillaires supérieurs avaient sailli... Ce jeune homme avait encore une bosse très considérable à la racine du nez; ses deux yeux étaient presque tout à fait sortis de leurs orbites; la distance de l'un à l'autre avait triplé au moins, et l'on voyait se répandre sur ses joues des larmes auxquelles se mêlait souvent le pus, que laissaient écouler deux fistules lacrymales, qu'avait aussi ce malade.

« Le palais de ce pauvre malheureux faisait une bosse si grosse qu'elle reposait sur sa langue; la mâchoire inférieure n'avait pas changé du tout de volume, ni de figure, mais elle était continuellement abaissée, ce qui était cause que la salive se répandait au dehors sans aucune interruption. On voyait enfin, à l'entrée des narines, la base de deux tumeurs polypeuses qui, sans être adhérentes aux parois du nez, en remplissaient exactement les cavités; cela fut prouvé parce qu'on parvint à y introduire un fil flexible qui fit le tour de l'un et de l'autre corps polypeux sans trouver d'obstacle qui l'arrêtât. » Le malade mourut et l'on pratiqua l'*autopsie*... « Voilà ce que l'extérieur offrait de plus remarquable ; voici ce que la dissection nous montre. D'abord on fit une incision cruciale sur l'une des joues, on disséqua ensuite les

quatre lambeaux et l'on aperçut que l'os maxillaire n'était pas dans son milieu, plus épais qu'une pelure d'oignon... Pareille incision, faite sur l'autre joue, nous laissa voir l'os éclaté en forme d'étoile, imitant quelque peu le calice d'une grenade lorsque les pétales ou les feuilles de cette fleur sont à demi développés ; au milieu de ces esquilles, on voyait une membrane lisse et très mince, qu'on ouvrit en la soulevant avec une érigne ; il en sortit une petite quantité de sérosité noirâtre, et nous aperçûmes une portion sphérique d'une tumeur polypeuse, dont la couleur était aussi noirâtre, et la solidité très élastique.

« On brisa alors toutes les portions de l'os maxillaire qui environnaient cette tumeur, de façon qu'elle fût mise tout entière à découvert ; elle était isolée partout, si on excepte cependant un point ; c'était le lieu d'où partait son attache ; elle était unique et placée du côté du nez ; pour mieux examiner la tumeur, on en détacha avec un bistouri ; sa figure était presque ronde, mais bosselée comme un topinambour ; son plus petit diamètre égalait celui du vide que faisait un homme d'une grandeur ordinaire en approchant en rond l'extrémité du doigt indicateur de celle du pouce de la même main, et le grand diamètre était à peu près celui du vide que faisait le même homme, lorsqu'à l'index il substituait le doigt du milieu..... » Voici l'histoire d'une intervention.

« J'avais, en attendant la chute du polype nasal, fait construire de nouveaux instruments pour lier celui de la gorge, c'est-à-dire que j'avais fait donner au porte-anse un serre-nœud et au conducteur de cette même anse, la longueur et la courbure nécessaires pour porter une ligature au fond de la gorge ; je ne fis pas d'autre changement.

Il est cependant essenticl pour ceux qui voudront les faire construire de savoir qu'il faut, quant au serre-nœud, mettre extérieurement et transversalement, entre les poulies supérieures et les inférieures, deux petits anneaux rivés ou soudés aux branches supérieures vers le milieu de la courbure; c'est à travers ces anneaux qu'il faut conduire les chefs de la ligature ; ils tendraient presque sans cela à faire la corde d'un côté de carré inscrit, au lieu que, par le moyen de ces anneaux, ils décrivent chacun deux cordes pareilles d'un octogone, dont l'angle lorsqu'on opère, laisse un vide entre eux et la voûte du palais.

« Les modifications qu'il faut donner au conducteur de l'angle sont trop analogues aux lumières naturelles, pour qu'il soit besoin d'en indiquer les raisons ; est-il quelqu'un en effet qui ne sente que, pour se servir en pareil cas de ce second instrument, il faut de toute nécessité qu'il ait sa cannelure et le stylet qui y est logé du côté de sa convexité. Mais pour opérer facilement, il ne suffisait pas que mes instruments fussent ainsi préparés. J'avais encore d'autres précautions à prendre. Il faut, pour opérer au fond de la gorge, se rendre maître de la mobilité de la mâchoire inférieure et de la langue. Les divers *speculum oris*, ou miroirs de la bouche qu'on nous a donnés jusqu'ici, m'avaient paru fort gênants dans la pratique, et capables de causer de la douleur. Je doutais d'ailleurs de pouvoir par leur moyen, maîtriscr la langue comme je le voudrais ; j'en imaginai donc un nouveau. Cet instrument rend tout à la fois la langue immobile, il tient la bouche ouverte, sans qu'elle puisse se fermer et, au moyen d'une plaque polie qui fait son corps, il réfléchit catoptriquement les rayons lumineux dans le lieu

qu'occupe le polype (1). Il est aussi très aisé à mettre en place et, pour l'y tenir, il ne faut que lier derrière la nuque les rubans qui sont attachés à ces deux extrémités.

« J'avais tout disposé pour lier cette tumeur ; j'aurais voulu cependant n'y pas toucher sitôt, parce que la racine de celle que j'avais fait tomber suppurait toujours un peu, lorsqu'elle commençait à se flétrir.

« J'avais remarqué que celle de la gorge avait grossi ; j'étais de plus en plus persuadé que ces trois corps polypeux n'avaient qu'un seul pédicule ; j'espérais donc que la suppuration gagnerait bientôt la partie qui suspendait celui de la gorge ; mais le malade impatient de se voir délivré refusa de s'y prêter. Je me déterminai donc à y porter la ligature. Pour y réussir, je plaçai d'abord le *speculum oris*. Tenant ensuite d'une même main le conducteur de l'anse et le serre-nœud, je présentai l'anse de la ligature à l'entrée de la bouche ; et de l'autre main à travers cette même anse, je saisis la tumeur avec une pince à polype courbe ordinaire, qu'un de mes élèves fut chargé de tenir. Je conduisis alors avec deux mains l'anse de la ligature sur le pédicule du polype. Lorsque j'y fus parvenu, je fis et réitérai les mouvements nécessaires pour la serrer. Je l'assurai même d'un second nœud, de crainte qu'elle ne vînt à se relâcher. Je fixai ensuite la ligature sur la première dent molaire supérieure, qui, par hasard, se trouva isolée. Je fis d'abord deux nœuds, que je plaçai derrière mon point d'appui. Je l'embrassai, puis je fis deux autres nœuds, et coupai le surplus. Je supprimai dès ce moment au malade tous

(1) Il jouait donc un peu le rôle des miroirs actuels du cavum.

les aliments solides, pour éviter que la ligature ne fût tiraillée pendant la mastication.

« Dès le lendemain matin, le polype était devenu plus gros, ce qui rendit la respiration du malade plus gênée que la veille. Il s'en alarma ; pour le tranquilliser, je lui exposai qu'il avait déjà éprouvé un accident presque semblable, lorsque je lui tins liée l'excroissance du nez et que je l'en avais cependant bien délivré. Il me répondit que jamais sa respiration n'avait été si pénible, et qu'il craignait d'étouffer.

« Le troisième jour, ce malade ayant perdu patience s'avisa de tirailler la ligature pour savoir si le polype tenait encore beaucoup ; mais s'apercevant que le tiraillement ne lui occasionnait aucune douleur, il le rendit assez puissant pour arracher l'un et l'autre. Alors le polype tomba tout à coup dans le pharynx. Il fit des efforts pour le rejeter, mais il n'en put venir à bout. Il passa malgré lui dans l'œsophage et l'estomac. On eut beau faire examiner ses selles, on n'y trouva pas le moindre vestige de cette tumeur. Je conjecturai donc qu'elle avait été digérée. Ce qu'il y a de constant, c'est qu'il n'en résulta aucun accident, qu'il ne parut pas une seule goutte de sang, que tous les vestiges de la suppuration disparurent. Nous n'y perdîmes que la satisfaction d'examiner l'excroissance. Peut-être nous eût-elle fourni quelques idées. S'il faut néanmoins s'arrêter à l'analogie, la perte n'est pas considérable, car le polype différait peu de celui du cadavre de la Charité et sa chute de celle de celui de M. Dumartreux, puisque la ligature avait fait perdre à ces deux tumeurs la vie parasite, dont elles jouissaient avant l'opération.

« Revenons à la nature. Elle vient de nous apprendre

que, dans la cure des polypes de la gorge par nos moyens, il faut, quelques jours après l'opposition de cette ligature, examiner, avec des pinces courbes, si ces tumeurs tiennent encore solidement aux lieux de leurs attaches, ou si elles commencent à se détacher, afin de les aider, et par là de débarrasser plus promptement les malades. »

La conduite de l'opération ainsi réglée par Levret présentait une grosse difficulté : la pose de l'anse sur le pédicule du polype. Herbiniaux, Chopart, Desault, Brasdor imaginèrent différents artifices pour éviter cet écueil.

b. Procédé de Herbiniaux.

L'idée qui fait le fond de ce procédé est due, paraît-il, à l'esprit inventif d'un malade. Car voici comment s'exprime Herbiniaux à ce sujet : « Un riche particulier de Cologne, nommé Roderick, vint à Bruxelles, chercher des secours pour un polype qui lui pendait dans l'arrière-bouche et qui menaçait de le faire périr. Des gens de l'art, et M. Levret lui-même, tentèrent en vain de le débarrasser de ce corps étranger ; ce malade, courageux, instruit et lettré, résolut de tenter lui-même sa guérison. Il fit faire un tourniquet d'ivoire, et, au lieu d'y adapter une canule, il se servit d'une rangée de grains de chapelet aussi d'ivoire, qui, en formant une colonne creuse et mobile, recevait un double fil dont les deux chefs venaient s'attacher au tourniquet. Voici comment il s'y prit pour l'opération : il embrassa d'abord le polype avec l'anse d'un fil libre, dont il introduisit les deux chefs par l'arrière-bouche, et les ramena au dehors par l'une des narines ; après quoi il les enfila dans des grains du chapelet qu'il plaça l'un après l'autre, jusqu'à ce que le

premier fut parvenu très près de la racine du polype; ensuite, il arrêta les chefs du fil sur le treuil du tourniquet. »

c. Procédé de Chopart et Desault.

Le procédé de Chopart a été publié en 1779. Il a paru dans le premier volume du traité des maladies chirurgicales de ces auteurs. Le manuel opératoire est assez simple. Un fil ciré, plié en deux en forme d'anse, est porté en son milieu, dans le gosier, à l'aide d'une sonde molle ; on fait passer l'anse à l'aide de la sonde au-dessous du voile; puis on la tire en avant, à l'aide d'une pince et on engage une autre anse formée par un fil non ciré. Ce dernier permet de mieux diriger la première anse, qu'on tâche de glisser sur le pourtour du polype. Si on échoue, on ramène l'anse en avant, grâce à la deuxième anse, et on recommence à tâtonner pour bien engager le polype. Dès qu'on a réussi, on fait glisser l'anse jusqu'au pédicule. On serre alors à l'aide des deux extrémités du fil restées pendantes en dehors de la narine. On introduit leurs chefs dans les deux sondes du double cylindre de Levret, et on tord à l'aide des anneaux. La ligature est resserrée ainsi chaque jour jusqu'à section complète.

d. Procédé de Brasdor.

Bien que publié après celui de Chopart et Desault, le procédé de Brasdor est en réalité plus ancien. En effet son auteur l'avait mis en pratique depuis de très longues années, et avait même fait sur ce sujet une communication qui a été trouvée dans les archives de l'Académie royale de chirurgie. Il est donc possible que Desault et Chopart

en aient eu communication ; de là les analogies constatées entre les deux méthodes. Quoi qu'il en soit voici les instruments dont se servait l'auteur.

Son fil d'argent était composé de deux brins enroulés en spirale ; il mesurait de 21 à 27 centimètres. Plié en anse en son milieu, il formait un crochet à chacune de ses extrémités, pour recevoir le fil de chanvre, long de 10 à 12 centimètres, constitué par plusieurs brins et à bouts unis noués ensemble. D'autre part, pour ramener l'anse dans le cavum, on passait dans celle-ci un autre fil de chanvre à extrémités nouées comme précédemment. L'ansc du fil d'argent était placée à l'aide d'une sonde conformée sur le modèle de celle de Belloc, renfermant dans son intérieur une lame élastique, qui jouait le rôle de ressort, et soudée par une de ses extrémités à un stylet, avec lequel on la faisait rentrer ou sortir à volonté. Enfin, Brasdor se servait d'un double cylindre absolument semblable à celui de Levret.

On procédait ainsi à la ligature du pédicule : tout étant préparé, on plaçait le malade sur une chaise un peu basse, la tête renversée en arrière, et appuyée contre la poitrine d'un aide, qui l'immobilisait solidement. Le chirurgien poussait la sonde de Belloc sur le plancher des fosses nasales ; une fois au niveau du voile, on introduisait avec le stylet la lame élastique qui, contournant le voile, puis, se courbant en avant, arrivait jusqu'aux dents antérieures. On accrochait à l'extrémité ainsi projetée de la lame et renflée en bouton le fil de chanvre, aux deux extrémités duquel était fixé le fil d'argent. Ensuite, on retirait le stylet de la canule ; ce qui ramenait la lame élastique au-dessus du voile et la faisait repasser dans la canule, puis finalement au dehors. L'anse du fil

de chanvre était sectionnée et le fil tiré de façon à ramener au niveau de la narine les deux extrémités du fil d'argent. On dirigeait cette anse en arrière à l'aide de l'index droit, se guidant en outre avec le pouce et le médius de la même main. Le polype était placé dans l'anse, qu'on faisait glisser de bas en haut, de façon à atteindre le pédicule. Avec le fil de chanvre, il était facile de ramener l'anse en avant, si elle avait pris une mauvaise direction. Dès qu'on croyait le pédicule bien embrassé, on serrait les deux extrémités du fil d'argent. On devait alors ressentir une résistance caractéristique On plaçait ensuite les fils dans le double cylindre qui servait à protéger les fosses nasales, on faisait cheminer celui-ci en arrière le plus possible et on tordait les fils à l'aide des anneaux. Chaque jour on resserrait un peu plus la ligature jusqu'à section complète.

2° Opérations à l'aide des voies d'accès.

Depuis Hippocrate, on fendait le *nez* sur la ligne médiane pour se donner plus facilement du jour, lorsque la base du polype était difficilement accessible. Celse, Paul d'Égine, Albucasis, Mesué et tous les chirurgiens italiens du moyen âge, Guy de Chauliac, Ambroise Paré, Jean de Vigo, pratiquaient couramment cette méthode. Au XVIIIe siècle, Heister blâme même les praticiens de son temps d'y avoir trop souvent recours.

En 1717, Manne d'Avignon (1) créa la voie d'accès dite *palatine*. Il incisait le voile sur la ligne médiane et parvenait ainsi plus aisément, lorsque le fibrome nasopharyngien était médian et de moyen volume, à poser la

(1) Voy. T. III, p. 292.

ligature sur le pédicule. Il réussit ainsi, dans un cas, à faire l'ablation en une seule séance. Mais, chez un autre sujet, il fut moins heureux et dut s'y reprendre à quatre fois, avant d'extraire le prolongement nasal. J.-L. Petit, comme nous l'avons dit plus haut, opéra aussi avec plein succès un jeune malade dont Garengeot nous a rapporté l'histoire.

II. — TUMEURS PHARYNGÉES DIVERSES.

Morgagni, Bonnet, Heister signalent les polypes des amygdales, comme des affections vulgaires sur lesquelles il est inutile d'insister.

D'autre part, Boerhaave attribue une nature *maligne* à certaines hypertrophies tonsillaires.

Les cancers secondaires, ayant leur origine dans le maxillaire supérieur (Zacutus Lusitanus, N. Massa), ou les lèvres (Marchetti), étaient déjà signalés.

V. — TROUBLES NERVEUX DU PHARYNX

Bien que Galien ait signalé d'une façon un peu vague, il est vrai, des spasmes, des paralysies du côté de la gorge (Voy. *Traité des lieux affectés*), c'est Avenzoar qui a eu certainement le mérite d'avoir fixé l'attention des médecins sur ce point si intéressant. Il a indiqué même l'usage de la sonde œsophagienne dans les cas de paralysie des muscles de la gorge (Voy. Tome I, p. 281). Au moment de la Renaissance, les cas de ce genre se multiplient. Forestus,

Schenkius, Platter, Rivière ont publié des observations intéressantes de spasmes ou de paralysies du pharynx et de l'œsophage. A côté de ces dysphagies purement fonctionnelles, Manget, Riedlin, etc., citent des exemples curieux de paresthésies. Lange avait même observé un des réflexes les plus tenaces et les plus gênants des affections amygdaliennes, une toux incessante, qui ne cessa que lors de l'expulsion d'un calcul tonsillaire. Du reste, l'étude de ces phénomènes était restée tout à fait rudimentaire, faute de notions physiologiques suffisantes (1).

VI. — PROCESSUS ÉPIDÉMIQUES ET SPÉCIFIQUES

I. — DIPHTÉRIE.

La contagion du mal et *sa fréquence* chez l'enfant s'imposait aux observateurs et n'est guère discutée (Sgambati et Michaelis cependant ne la signalent pas) ; mais le mécanisme de l'infection reste un peu dans le vague. Les Espagnols et surtout les Italiens distinguaient la contagion directe et la contagion indirecte par l'air. La nature du phénomène est rapportée à des modifications des conditions climatériques, à des influences astrales, etc.; quelques-uns font allusion à la théorie des germes de Fracastor; d'autres invoquent la notion de ferments engendrés par l'altération des humeurs, et provoquant à leur tour des perturbations humorales identiques dans les nouveaux organismes qu'ils pénètrent.

(1) Ce n'est que vers la fin du XVIIIe siècle, que Prochaska commence à donner un commencement d'explication sur les réflexes.

En tout cas, on est d'accord pour reconnaître à la diphtérie une grande malignité (Wierus, Forestus, Mercado, Herrera, Heredia, Marc-Aurèle Séverin, Sgambati, Carnevale, Cortesius, etc.), dans le cours des épidémies espagnoles et italiennes. Beaucoup considèrent même le mal comme une sorte de peste.

La *nature* vraie de l'affection est diversement envisagée. S'appuyant sur la quantité de phlegme (1) qui semble s'étaler en nappes coagulées au niveau des tonsilles et sur l'existence, chez certains sujets, de phénomènes ataxo-adynamiques, quelques-uns en font une maladie cérébrale. D'autres, plus nombreux, croient à l'existence du charbon, de l'érysipèle ou d'une gangrène superficielle. Certains pensent que l'élément ulcéreux est le principal et que l'angine est ici secondaire; ils se fondent surtout sur l'idée d'aphtes, émise par Arétée. Cependant, Mercado, Heredia, pensent que l'inflammation est incontestable; le second de ces auteurs croit même qu'il faut reconnaître au mal deux éléments indispensables : 1° l'ulcère; 2° l'angine. Ces deux principes rendraient parfaitement compte, une fois admis, de l'allure générale de l'affection.

Les *lésions* furent longtemps envisagées, ainsi que du temps d'Arétée et d'Aétius, c'est-à-dire, comme étant de l'ulcère gangreneux. Mais Sgambati s'élève contre cette conception. Pour lui, il y a gangrène superficielle sans ulcère. Selon Cortesius, les couches mortifiées pourraient même se détacher sous forme de membrane.

La notion d'une *fausse membrane*, qu'on trouve déjà nettement exprimée dans Aétius, fut signalée à nouveau par quelques médecins espagnols. Juan de Villaréal dit

(1) Suivant Hippocrate et Galien le cerveau engendre le phlegme.

qu'elle est tantôt blanche, tantôt livide, tantôt noire et que sa consistance rappelle celle du parchemin. Il exagère son adhérence aux parties sous-jacentes. Quand, dit-il, elles sont par hasard rejetées, elles ne tardent pas à se reproduire. Herrera, Juan de Soto, fournissent également d'intéressantes remarques sur ce sujet. Rappelons enfin que Paracelse a été le premier à noter l'existence des pseudo-membranes sur les plaies cutanées.

Home attribua l'existence de ces dépôts fibrineux à une coagulation de la lymphe, épanchée sur la surface de la muqueuse, et les compare très justement aux exsudats blanchâtres que l'on retrouve sur la surface interne d'une plèvre enflammée.

Les *symptômes* de l'affection qui avaient été décrits d'une façon assez confuse par Paracelse, Wierus et même par Forestus, furent beaucoup mieux dépeints par les médecins espagnols.

Ceux-ci notèrent le caractère secondaire de la fièvre et parfois son absence (Heredia), la gravité des phénomènes généraux chez la plupart des malades, la dépression du système nerveux, la marche rapide, la propagation aux voies aériennes, les croûtes labiales et nasales, les liquides sanieux de la bouche dans le cas de diphtérie maligne, le rejet de fausses membranes, les hémorragies nasales (*stillicidia per nares*), qu'ils regardaient comme d'un présage mortel. Mais c'est surtout Villaréal, Mercado et Heredia qui eurent le mérite de dresser ce tableau morbide ; les autres médecins espagnols sont bien moins exacts. De même, en Italie, c'est Sgambati et ensuite Marc-Aurèle Séverin, Cortesius qu'il faut consulter.

Sgambati signale, après Paracelse, Wierus et les Espagnols, la rougeur érysipélateuse du début et la tumé-

faction considérable des amygdales ; le lendemain, dit-il, la voix prend un timbre rauque, l'angine s'accentue et le cou se gonfle ; mais il n'attribue pas le gonflement à l'adénite cervicale, comme Villaréal. Il semble croire à une tuméfaction molle, sous la dépendance du mal de gorge. Le quatrième jour, le blanc est devenu tout à fait noir, la déglutition et la dyspnée s'accentuent beaucoup, l'haleine est fétide et les malades rejettent des matières sanieuses (diphtérie maligne). Dès lors, la mort ne se fait pas attendre, surtout si on voit sortir du sang par le nez. Mais tous les sujets atteints ne succombent pas. Il y a des formes *plus bénignes*, à fièvre modérée, à mal cantonné sur les amygdales, à dyspnée et à dysphagie moins prononcées que dans les cas précédents. Heredia, d'autre part, qui avait vu aussi ces cas légers, semble avoir aperçu la *paralysie diphtérique*, que plus tard Chomel signala nettement.

Au moment où le fléau se dissémine dans toute l'Europe, la gravité variable des épidémies explique les quelques divergences que l'on remarque chez leurs historiens. Cependant, presque tous reconnaissent que la marche est rapide, parfois foudroyante, et que le diagnostic est grave, même quand le mal paraît assez bénin (Home, Michaelis).

Le *diagnostic* avec l'angine ordinaire est déclaré facile ; car, en outre de la notion d'épidémie, la gravité des symptômes, la fétidité de l'haleine (Mercado, etc.) surtout la couleur des lésions renseignent d'emblée, pour ainsi dire, le praticien.

Quant au *traitement*, la saignée est rejetée par la très grande majorité des auteurs, sauf tout à fait au début. Depuis longtemps du reste, le Français Palmarius avait

prouvé que, dans les maladies pesteuses, les émissions sanguines sont nuisibles. Pour les mêmes raisons, on rejetait les purgatifs ; car on avait remarqué que tout affaiblissement de l'organisme favorise le développement du mal. Mais, par contre, sudorifiques, diurétiques et même vomitifs étaient recommandés. Mercado et ceux qui lui sont postérieurs se montrent partisans des toniques.

Perez Cascales et d'autres préconisent les gargarismes astringents d'origine minérale (nitre, alun, plomb, acétate de cuivre, etc). Marc-Aurèle Séverin, plus radical, n'hésite pas à détruire par le feu les amygdales malades.

II. — ANGINE SCARLATINEUSE.

La scarlatine, signalée pour la première fois par Ingrassias, ne fut décrite du reste par ce célèbre médecin que d'une façon assez sommaire. Il se contente de dire que la rougeur diffuse s'observe partout, même dans les viscères. Comprenait-il la gorge dans ces viscères ? c'est probable, mais pas certain.

Chose singulière, ni Coyttar, ni Sennert, ni Ethmuller, ni même Sydenham, qui passe pour avoir distingué définitivement la scarlatine de la rougeole, ne parlent de l'angine. On pourrait presque supposer que la pharyngite de ces premières épidémies devait être peu intense, bien que Sennert ait signalé d'autres phénomènes très graves du côté du système nerveux, ou de la peau, et même des reins (œdème). Stoll et Hoffmann ne sont pas plus explicites à ce sujet.

Mais au XVIIIe siècle, quantité d'épidémies scarlatineuses malignes furent décrites, notamment par Huxham

et Fothergill, en Angleterre; Dupuy de la Porcherie, Sauvage, Marteau, en France; Tissot, en Suisse; Rosen, en Suède, etc. Il y eut même à ce moment une confusion persistante avec l'angine gangreneuse d'Arétée et avec le Garrotillo des Espagnols. Cependant, l'erreur de ces écrivains est facile à relever, grâce à l'existence de l'érythème pourpré, qu'ils signalent.

Cullen, trompé par les descriptions des écrivains qui parlèrent les premiers du mal, admit à tort une scarlatine sans angine et une synanche scarlatineuse.

Les symptômes furent assez bien étudiés par Huxham, Fothergill, Dupuy de la Porcherie, Sauvage, Marteau, Tissot, Read, etc. Ces auteurs ont noté avec soin la rougeur écarlate de la cavité buccopharyngée, l'intensité de la fièvre, les sécrétions sanieuses, l'aspect spécial des amygdales. Ils insistent sur la gravité du pronostic. Ils signalent fréquemment l'existence de la toux, d'aphonie, de bronchite, de pneumonie, de pleurésie, bien que ces complications respiratoires soient plutôt rares à l'heure actuelle. Ils mentionnent aussi les états ataxo-adynamiques et l'œdème. Ils parlent même d'urines sanglantes, d'urines blanchâtres et de troubles de la miction, qui, disent-ils, sont d'un mauvais augure.

L'intensité des phénomènes morbides, l'amygdalite spéciale (pultacée) d'apparence gangreneuse, la notion d'épidémie permettaient facilement de séparer le mal de l'angine ordinaire.

Contre cette affection, on ne recourait pas à la saignée, ni aux purgatifs, mais aux sudorifiques, aux diurétiques, aux toniques, même à l'eau-de-vie.

III. — ROUGEOLE ET VARIOLE.

Les écrivains des temps modernes n'ont guère ajouté à la connaissance des déterminations buccopharyngées de la rougeole et de la variole. Cependant, en outre de l'intensité de la dysphagie chez cette dernière, Huxham, Morton, Plenciz ont noté le gonflement considérable de la gorge, quand les pustules suppurent, dans la variole confluente. Quelques auteurs, comme Verduc, ont signalé des complications gangreneuses parfois fort étendues. Le noma, fréquent dans la rougeole, n'est signalé par aucun auteur.

IV. — FIÈVRE CATARRHALE.

Nous avons indiqué plus haut les évolutions successives qu'a subies la théorie des fièvres catarrhales pendant les temps modernes. Rappelons seulement ici que quelques-uns des auteurs, qui se sont occupés de cette question, ont bien montré le caractère général de ces déterminations morbides (Stoll, Hoffmann). Ils ont, de plus, noté l'envahissement des cavités voisines, le caractère irrégulier de ces inflammations.

V. — SYPHILIS BUCCOPHARYNGÉE.

Les auteurs les plus anciens (Nicolas Massa, Paracelse, Fallope, Eustachi, etc.) connaissent les déterminations buccopharyngées du fameux *morbus gallicus* et en notent l'origine vénérienne. Nicolas Massa dit que ces lésions sont rares, tout à fait au début, ou à une période tardive.

Paracelse affirme que les manifestations buccopharyngées de la syphilis ont la plus grande importance pour le diagnostic, quand le chancre passe inaperçu. Il note les localisations, parle de perforations palatines et fait remarquer que ces altérations morbides, manquant de baume naturel, ont un caractère destructif. Fallope insiste aussi sur les lésions palatines, le caractère rebelle des déterminations vénériennes, etc. On prenait à cette époque (jusqu'au XIXe siècle) les plaques muqueuses pour des ulcères. Mais, en outre de ces plaques et de ces ulcères véritables (Ambroise Paré prescrivait des lames d'argent en cas de perforation palatine), Troja cite de véritables angines syphilitiques, et Faventinus des ulcérations de la gorge, consécutives à l'infection buccopharyngienne primitive. Du reste, faisons remarquer qu'on distinguait parfaitement les accidents hydrargyriques de ceux de la syphilis.

Terminons en disant que Morgagni, Hunter et beaucoup d'autres ont insisté sur les ulcères syphilitiques tenaces et profonds des amygdales. Morgagni, Fritz, signalent même en passant les gommes de la langue.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

HISTORIENS DE LA MÉDECINE

I. — Généralités.

ACKERMANN. — Institutiones historiæ medicinæ., Norimb., 1792, in-8°.

ALBINUS (BERNARD). — De ortu et progressu medicinæ, Lugd. Batav. 1702, in-4°.

AMELOWEN (TH. J.). — Inventa nova antiqua, id est brevis ennarratio ortus et progressus artis medicæ, etc., Amstelodami, 1684, in-8°.

BAAS. — Die geschichtliche Entwickelung des artzlichen Standes und der medicisnischen Wissenschaften, Berlin, 1896, in-8°.

BARBILLON. — Histoire de la médecine, Paris, 1887, in-12.

BARCHUSEN. — Historia medicinæ, Amstel., 1710, in-8°.

BECKER (DE). — De medicinæ progressu, Patav., 1646.

BERNIER. — Essais de médecine, Paris, 1689.

BLACK. — An historical sketch of medicine and surgery, from their origin, etc., London, 1783, in-8°. Trad. franc. par CORAY, Paris, an IV, in-8°.

BOSTOCK (J.). — Sketch of the history of the medicine, London, 1835, in-8°.

CABANIS. — Coup d'œil sur les révolutions et sur les réformes de la médecine, Paris, 1804, in-8°.

CAILLAU. — Mémoires sur les époques de la médecine, Bordeaux, 1806, in-8°.

CHILD. — Obs. on the medical History of the early kings of England. In *Méd. T. and Gaz.* 1857, 3 art.

CHINCHILLA (D.). — Annales historicos de la medicina en general, y biographicos y bibliographicos de la Española en particular, Valencia, 1841, in-8°, 4 vol.

CHOMEL (J.). — Essai historique sur la médecine en France, Paris, 1762, in-12.

CHOULANT (L.). — Ueber das Studium der alten Aerzte. In *Pierer's allgem. medic. Ann.* 1821.

Choulant (L.). — Tafeln zur Geschichte der Medizin nach der Ordnung ihrer Doctrinen, Leipzig, 1882, in-fol.; trad. et modif., par C. Broussais sous le titre : Atlas historique... etc., Paris, 1829, in-fol.; et Paris, 1834, in-fol.
Clifton. — The state of physik ancient and modern; briefly considered, London, 1732; traduit par Desfontaines, Paris, 1742, in-8°.
Daremberg (Ch.). — Histoire des sciences médicales, Paris, 1870, in-8°, 2 vol.
— Hist. de la médecine. In *Gaz. des hôpitaux*, 1864.
— Cours sur l'hist. et la littérature des sc. médicales, *ibid.*, 1847.
— Essai sur la détermination et les caractères des périodes de l'histoire de la médecine. In *Gaz. méd.*, 1850, et Paris, 1850, in-8°.
Doering (M.). — De medicis adversus iatromasticos et pseudo-iatros; lib. II, Guiessæ, 1611, in-12.
Eble (B.). — Versuch einer pragmatischen Geschichte der Arzneikunde, Wien, 1837, in-8°.
Frankenberg (I.). — Geschichte der Heilkunst und, etc., Leipzig, 1848, in-8°.
Frédault (F.). — Histoire de la médecine, étude sur nos traditions, Paris, 1870, in-8°.
Freind (J.). — The history of physik from the time of Galen to the beginning of the XVI century, London, 1725-26, in-8°, trad. fr. Leyde, 1727.
Gasté (L.-P.). — Abrégé de l'hist. de la médecine, etc., Paris, 1835 in-8°.
Guardia. — La médecine à travers les siècles, Paris, 1865, in-8°.
— Histoire de la médecine d'Hippocrate à Broussais, Paris, 1884, in-12°.
Gœlicke (A.-Ott.). — Historia medicinæ universalis, etc., Halæ, 1717-20, in-8°, 2 vol.
Good (J.-M.). — History of medicine etc.; Dili, 1785, in-8°.
Goulin. — Mémoires littéraires, critiques, philologiques et bibliographiques, pour servir à l'histoire ancienne et moderne de la médecine, Paris, 1775-76, in-4°.
Hasner (J.). — Die æltestc Medicin in Böhmen, in *Prager Vtjschr.*, t. CX. p. 1, 1866.
Hecker (J.-Fr.-K.). — Geschichte der Heilkunde, nach den Quellen bearbeitet, mit einer. etc., Berlin, 1822-29, in-8°, 2 vol.
Hecker (A.-Fr.). — Medicinæ omnis ævi fata tabulis exponuntur. Exfordiæ, 1790, in-4°.
Henschel (A.-W.-E.). — Ein Blick auf das Ganze der Geschichte der Medizin. In Janus, t. III, 1848.
Hirschel (B.). — Geschichte der Medizin in den Grundzügen, Leipzig, 1843, in-8° et 3° édit. *ibid.* 1850.

Hæser. — Geschichte der Medizin, Iéna, 1881.
Isensee (E.). — Die Geschichte der Medizin, und, etc., Berlin, 1840, in-8°.
— Die Geschichte der Medizin, Chirurgie, Geburtshülfe, etc., Berlin, 1843-44 (époq. mod.).
— Die Geschichte der Medizin und, etc., Berlin, 1842, in-8°.
— Grundriss einer Geschichte der Natur und Heilkunde von ihrem Ursprunge, etc., Berlin, 1845, in-8°.
Knebel. — Versuch einer chronologischen Uebersicht der Literaturgeschichte der Arzneiwissenschaft zur Beförderung, etc., Breslau, 1799, in-8°.
Kortum. — Skizze einer Zeit-und Literaturgeschichte der Arzneikunst, von ihrem Ursprunge an bis zum Anfange des XIX Jahrhunderts. Ulmæ, 1810, in-8°; und Leipzig, 1819.
Kühnholtz (H.). — Cours d'histoire de la médecine, etc., Montpellier, 1837, in-8°.
Lasègue. — L'école de Halle, Paris, 1866, in-8°.
Leclerc (D.). — Histoire de la médecine, Genève, 1696, in-12.
— Hist. de la méd., Amst, 1723, in-4°, *ibid.* 1726, in-4°; La Haye, 1729 (titre différent).
Lessing (M.-B.). — Handbuch der Geschichte der Medizin, Berlin, 1838, in-8°.
Leupold (J.-M.). — Allgemeine Geschichte der Heilkunde. Eine Grundlage, etc., Erlangen, 1825, in-8°.
— Die Geschichte der Medizin, nach ihrer objectiven und subjectiven Seite, Berlin, 1863, in-8°.
Lutgert (C.-A.). — Tabula medicinæ historica in ordinem chronologicum und philosophicum redacta, Lugd. Batav., 1852, in-fol.
Mahon (P.-A.-O.). — Histoire de la médecine clinique depuis son origine jusqu'à nos jours, Paris, 1804, in-8°.
Manfre (P.). — Storia della medicina della sua origine, etc., Napoli, 1844, in-8°.
Maryon (Edw.). — The History of medicine, etc., London, 1861, t. I, in-8°.
Mezza (L.-Th. de). — Tentamen historiæ medicæ, Hafniæ, 1795, in-8°.
Millar (R.). — Disquisition in the History of med., Edinb, 1811, in-8°.
Millot(Carpentier). — Nos ancêtres, étude historique abrégée de la médecine; préface par Laborde. Conférences faites à la Société de médecine de l'Aisne en 1893 (12 mars 1898), Paris, 1898, in-16.
Morejon. — Historia bibliographica de la medicina espanola, Madrid, 1842-52, in-8°, 7 vol.
Morwitz (H.). — Geschichte der Medizin, Leipzig, 1848, in-12.
Müller (J.-M.). — Versuch einer Geschichte der Heilkunde vom Ursprunge derselben bis auf gegenwärtige Zeiten, Wien, 1805.

Neander (J.). — Antiquissimæ et nobilissimæ veterum sectæ, earumque placita, etc., Bremæ, 1623, in-4°.
Nicaise. — La grande chirurgie de Guy de Chauliac, Paris, 1890, gr. in-8°.
— Chirurgie de maître Henri de Mondeville, Paris, 1893, gr. in-8°.
— Chirurgie de Pierre Franco, Paris, 1895, gr. in-8°.
Nicolay (J.-C.). — Das Merkwürdigste aus der Geschichte der Medizin (s'arrête au xvie siècle), Rudolstadt, 1818, in-8°.
Œtter. — Der Arzt in Deustchland in ältern und, mittlern Zeiten historisch vorgestelt, Nürnb., 1777, in-8°.
Oustalet (Fr.). — Résumé de l'histoire de la médecine, Paris et Strasbourg, 1835, in-12.
Perrone (P.). — Storia pragmatico-critica della scienza naturali e mediche... etc., Napoli, 1854, in-8°.
Pouchet. — Hist. des sciences naturelles au moyen âge, 1853, in-8°.
Pratensis (Ph.). — De ortu, progressu subjectis et partibus artis medicæ, Hafniæ, 1572, in-8°.
Hœven (Pruys van der). — Historia medicinæ, Leyde. 1842, in-8°.
Puccinotti. — Storia della medicina, Livorno, 1854-59, in-8°.
Quitzmann (E.-Aut.). — Die Geschichte der Medizin, etc., Karlsruhe, 1843, in-8°.
Renouard (P.-V.). — Hist. de la médecine depuis son origine, Paris, 1846, in-8°, 2 vol.
Renzi. — Storia della medicina in Italia, Napoli, 1845-48, in-8°, 5 vol.
Richardson. — The medical history of England, London, 1864, t. I.
Romatsch (R.-H.). — Compendiöse Geschichte der Medizin, Berlin, 1838, in-8°.
Schmiedlin (G.-B.). — Primæ lineæ historiæ medicinæ universalis, Lipsiæ, 1777, in-8°.
Schulze (J.-H.). — Historia medicinæ a rerum initio ad annum urbis Romæ DXXXV deducta, accedunt, etc., Lipsiæ, 1728, in-4°.
— Compendium historiæ medicinæ a rerum initio ad adriani Augusti accessum, Halæ, 1741, in-8°.
Scuderi. — Introduzione alla storia nella medicina antica e moderna, Napoli, 1794, in-8°, trad. fr. par Billardet, Paris, 1810, in-8°.
Sprengel (H.). — Versuch einer pragmatischen Geschichte des Arzneikunde, Halle, 1792-1803, in-8°, trad. fr. par Jourdan, Paris, 1815-22, in-8°, 9 vol.
Stecher. — Theorie der Geschichte der Arzneikunde, Wien, 1831, in-8° et en latin, *ibid.*, 1831, in-8°.
Stoll (G.). — Anleitung zur Geschichte der medizineschen Gelehrtheit, Ienæ, 1731, in-4°.
Thomas. — Art. Ecole de médecine, dans *Dict. encyclop. sc. médicales*, 1885.
Tourtelle. — Hist. de la médecine, etc., Paris, 1804, in-8°, 2 vol.
Van Esschen. — Cours d'hist. de la médecine, Bruxelles, 1838, in-8°.

Wunderlich (C.-A.). — Geschichte der Medizin, Vorlesungen gehalten, etc., Stuttgard, 1858, in-8°.

II. — Moyen âge.

Baudry de Balzac. — Dokumente zur Geschichte der Medizin im Mittelalter. In Janus, t. II, 1847.
Bartels. — Die Medicin der Naturvölkern, ethnologische Beiträge zur Urgeschichte der Medicin, Leipzig, 1893, in-8°.
Daremberg. — Résumé de l'histoire de la médecine depuis le VIIe siècle jusqu'au XVe, Paris, 1866, in-8°.
Ebert. — Histoire littéraire du moyen âge, traduction française Aymerie et Condamin, Paris, 1884, 2 vol. in-8°.
Finckenstein (R.). — Die christliche Medicin, in *Deutsche Klin.*, 1861, n° 44, 45, 47.
Küchenmeister (F.). — Ueber Heilige und Päpste aus dem arztlichen Stande. In *Deutsche Klin.*, 1868, nos 5, 6, 8.
Landau (Richard). — Geschichte der judischen Aerzte. Ein Beitrag. zur Geschichte der Medicin, Berlin, Karger, 1895.
Lœke. — Och Orte Böcker fran Sveriges medeltidutgifna af. g. e. Klemming (livres sur la médecine et les plantes médicinales du moyen âge, publiés par Klemming, Stockholm, 1883-86.)
Lönrot (E). — Dissertation sur la médecine magique des Finnois, Helsingfors, 1832.
Pagel. — Geschichte der Medicin, Berlin, 1898.
— Neue litterarische Beiträge sur Mittelalterlichen Medicin, Berlin, 1896, in-16.
Prunelle (C.-G.). — De l'influence exercée par la médecine sur la renaissance des lettres, Montpellier, 1809, in-4°.
Rittmann (A.). — Grundzüge einer Geschichte der Krankheitslehre im Mittelalter, Brünn, 1866.
Schindler. — Der Aberglaube des Mittelalter. Ein Beitrag. zur Culturgeschichte, Breslau, 1858, in-8°.
Teuffel. — Geschichte der romischen Litteratur, Leipzig, 1890.
Werner. — Beda und seine Zeit, Wien, 1875.

École de Salerne.

Ackermann (J.-C.-G.). — Studii salernitani historia. 1790, in-8°.
Hæser. — Ueber die medicinische Lehranstalt zu Salerna, etc. In Janus, 2e série, 1851.
Henschel. — Die salernitanische Handschriften, Breslau, 1846.
Heusinger. — Die Aerztlichen Codices in monte Cassino nach Tosti Storia, etc., Breslau, 1848.
Mazza (Ant.). — Urbis Salernitanæ historia et antiquitates in quibus primo... etc., Neapoli, 1681.

Meaux-Saint-Marc (Ch.). — L'École de Salerne. Paris, 1880, trad. en vers français, 2e édit.

Nagel (C.-L.). — Commentat. de anatomia Salernitana per compendium salernitanum. Vratisl, 1832, in-8o.

Remilly. — Flos medicinæ Scholæ Salerni, au xiie siècle. Versailles, 1861, in-8o.

Renzi (S. de). — Collectio salernitana e documenti, etc., Napoli, 1842-56.

Steinschneider. — Donnolo Pharmacolog. fragm. aus dem X Jahrh. Nebst Beitrag. zur Litterat. des salernitanes, etc. in Virchow's Archiv, 1867, und 1868.

Ziemssen. — Die Salernatische Schule und die Aerzte des Mittelalter. In *Arch. f. Klin. med.;* t. IX, 1871.

III. — XVIe et XVIIe siècles.

Bremer (A.-F.). — De vita et opinionibus Paracelsi, Hafniæ, 1836, in-8o.

Caillau (J.-M.). — Mém. sur van Helmont et ses écrits, Bordeaux, 1819, in-8o.

Finkenstein (R.). — Die italienische Medizin des xviie Jahrhunderts und die iatro-mecanische Schule, in *Deutsche Klin.*, 1868.

Frænkel (H.). — De vita et opinione Helmontii, Lipsiæ, 1837, in-4o.

Gubler. — Sylvius de le Boë, in *Conférences historiques*, Paris, 1866, in-4o.

Jahn (F.). — Paracelsus, in *Hecker's Ann.*, t. XIV, 1829.

Lejoyant (Cl.). — Précis du siècle de Paracelse, Paris, 1787, in-8o.

Littré. — Du système de van Helmont, in *Journ. hebd. de méd.*, t. VI, 1830.

Preu (H.-A.). — Das system der Medizin des Th. Paracelsus aus dessen Schriften ausgezogen, etc., Berlin, 1838, in-8o.

Prunelle. — Notice sur Sydenham et ses écrits, in *Œuvres de Sydenham*, trad. fr., Montpellier, 1816, in-8o.

Senori. — De Th. Paracelso ejusque perniciosa medicina, Basil., 1605, in-4o.

Snavius (L.). — Th. Paracelsi philosophiæ et medicæ utriusque universæ, etc., Basileæ, 1568, in-8o.

IV. — XVIIIe siècle.

Baldinger. — Programma de usque hoc sæculo inventa sunt in arte medica Gottingæ, 1773, in-8o et in Opusc. *ibid.*, 1787, in-8o.

Götz (J.-Ch.). — Scripta G. E. Stahlii aliorumque ad ejus memoriam dissertationum, Norimb., 1726, in-4o et cum suppl. *ibid.*, 1729, in-4o.

Goulin (J.). — État de la méd. et de la pharm. en Europe, principalement en France, Paris, 1777, in-12.

HAEN (DE). — Diff. circa modernum systema de sensibilitate, etc., Viennæ, 1761, in-8° et polémique avec Haller; *ibid.*, 1662, in-8°.
HOFFMANN (FR.). — Commentarius de differentia inter ejus doctrinam medico-mechanicam, etc., Francof. a M. 1746, in-8°.
METZGER (J.-D.). — Ueber Irritabilität und Sensibilität als Lebensprinzipien, etc. Kœnigsberg, 1794, in-8°.
RAMSAY. — A Review of the improvements, progress and state of medicin in the, etc., Charlestown, 1801, in-8°.
STARKMANN. — Diss Boerhaavii et Fr. Hoffmanni in principiis mechanico-medicis convenient., etc., Œtorfiæ, 1752, in-4°.
WEBER (A.) — Comment. de initiis et progressibus doctrinæ irritabilitatis, cum historia, etc.; Halæ, 1783, in-8°.

AUTEURS DU MOYEN AGE

I. — Pré-Arabistes.

BENEDICTUS CRISPUS. — Carmen, etc., in Angelo Maï auctores classici ex cod. Vatica., Romæ, 1833.
KYRAMIDION. — Anonyme traduit par Gérard de Crémone; recueil de formules empiriques et surtout magiques. Edité par André Rivinus à Francfort, en 1681.
MACER FLORIDUS. (ÆM. MACER) — De natura, qualitatibus et virtutibus octaginta octo herbarum, Neapoli, 1477, in-fol.; de usibus herbarum, Mediolani, 1482; de herbarum virtutibus. Basileæ, 1559, etc.; traduit en français sous le nom de « *Les fleurs du livre des vertus des herbes*, Rouen, 1588, in-8°.
WALAHFRIDUS STRABO. — Hortulus, Viennæ, 1510. Cet ouvrage est antérieur à celui de Macer Floridus, qui le cite. (Voir Migne, Pathologie latine et éd. de Choulant, Leipsig, 1832).

II. — Salernitains.

COPHRON. — Ars medendi, Hagenoæ 1532 et in *École de Salerne* de Renzi.
CONSTANTIN L'AFRICAIN. — Opera medica, Basileæ, 1536.
GARIOPONTUS. — Ad totius corporis ægritudines libri V., Basileæ, 1531, in-4°
— De morborum causis, accidentibus, Basileæ, 1536, in-8°.
— Passionarium Galeni de ægritudinibus a capite ad calcem complectens in quinque libris, Lugduni, 1516 et 1526, in-4°. — R. Cet ouvrage, publié ainsi sous divers titres, se trouve analysé dans l'*École de Salerne* de Renzi.

Gil de Corbeil. — De laudibus et virtutibus compositorum medicaminum. Ouvrage en vers (hexamètres).

Platearius (Jean). — Practica brevis, in *École de Salerne* de Renzi.

Platearius (Mathieu). — Circa instans et glossæ, in *École de Salerne* de Renzi.

Præpositus (Nicolas). — Antidotarium (par ordre alphabétique, in *École de Salerne* de Renzi).

Regimen Sanitatis. — Ce poème hygiénique a eu un très grand nombre d'éditions; en réalité anonyme; est allé sans cesse en augmentant. Voy. *École de Salerne* de Renzi.

III. — Arabistes.

D'Argelata (Pierre). — Chirurgiæ libri VI, edit. Nicolas Morœtus, Venetiis, 1480, 1492, 1497, 1498, 1520. 1531, in-fol.

Bencius (Hugo). — Consilia saluberrima ad omnes ægritudines a capite ad calcem perutilia, Bononiæ, 1482, in-fol. et opera omnia, Venetiis, 1518, in-fol.

Bertapalia. — In Collectio chirurgica veneta, Venetiis, 1497, in-fol.

Brunus. — Chirurgia in Collectio chirurgica veneta, Venetiis, 1519, in-fol.

Cermisone. — Consilia in Francisci Caballi Theriaca, Venetiis, 1514.

Chauliac (Guy de). — Édition Nicaise, Paris, 1889 et Venetiis, 1470 in-fol. etc.

Corregio (Jean de). — Practica nova, breve lucidarium, et flos florum medicinæ nuncupata, Papiæ, 1485 et 1509, in-fol.

Despars. — Commentaires du *Canon* d'Avicenne, Venetiis, 1491 et Lugduni, 1498, in-fol., 4 vol.

Dondis (Jacobus de). — Aggregator practicus de simplicibus et herbarius, Mayence, 1485, in-fol.

Gaddesden. — Rosa anglica sive practica medicinæ a capite ad calcem. Papiæ, 1492, in-fol.

Garbi (Dino de). — Compilatio emplastrorum et unguentorum, Ferrariæ, 1485, in-fol.

Garbi (Thomas de). — Summa medicinalis, Venetiis, 1512, in-fol. et Lugduni, 1529, in-8°.

Gentili. — De proportionibus medicinarum, Patavii, 1556, in-8°.

Gilbert. — Laurea anglicana, sive compendium medicinæ tam morborum universalium quam particularium, non solum medicis sed et chirurgis utilissimum. Edit. Michael de Capella, Venetiis 1519.

Gordon (Bernard). — Lilium medicum, Lugduni, 1474, in-fol., Venetiis, 1496, etc. Traduction française, Lyon, 1495.

Gradibus (Mathieu de). — Consilia medica secundum vias Avicennæ, Papiæ, 1501. Venetiis, 1517, in-fol.

Guainerius (Antonius). — Practica, opus præclarum ad praxim, Papiæ, 1481, 1488, in-fol., Venetiis, 1497, in-fol.
Januensis (Simon). — Clavis sanationis (par ordre alphabétique), Venetiis, 1507, in-fol.
Lanfranc. — Chirurgia, Venetiis, 1490 et Collectio chirurgica, Venetiis, 1519, in-fol.
Mondeville (Henri de). — Œuvres chirurgicales, édit. Nicaise.
Montegnana (Bartholomæus). — Consilia medica, Rotomagi, 1476, in-4°, Venetiis, 1497 et 1499, in-fol.
Parme (Roger de). — Chirurgia, Venetiis, 1499, in-fol.
Petrus (hispanicus). — Thesaurus pauperum in Isaac de diætis universalibus, Lugduni, 1515, in-fol.
Salicet (Guillaume de). — Chirurgia, Venetiis, 1546, in-fol.
Saint-Amand (Jean de). — Expositio supra antidotarium Nicolaï (in *Œuvres* de Mesué le Jeune).
Sylvaticus (Mathæus). — Herbarius et Pandecta, Lugduni, 1539, in-fol.
Thaddæus. — Commentaires d'Hippocrate, Venetiis, 1527.
— Dc regimine sanitatis secundum quatuor anni partes, Bononiæ, 1472.
Tornamira (Jean de). — Commentarium Rhazii, Lyon, 1480, in-fol.
Trusianus. — Plusquam commentarium in Galeni artem parvam, Venetiis, 1504, in-fol.
Tussignana (Pierre de). — De regimine sanitatis, Venetiis, 1490, in-fol.
Tussignana (Pierre de), fils. — Practica (*id.*).
Valescus de Tarenta. — Philonium, Lugduni, 1478, in-4°, et 1490, in-fol., Venetiis, 1502, 1521, in-fol.
Varignana (Bartholomæus de). — Praxis medicinæ et chirurgiæ utilissima et præsidia ad omnium partium morbos remediorum et ratio utendi eis pro circumstantiarum varietatc, Basileæ, 1538, in-8° et Basileæ, 1545, in-4°.
Vincent de Bauvais. — Speculum majus et speculum naturale, Nuremberg, 1485, in-fol., 2 vol.

TEMPS MODERNES

I. — Traités de médecine.

Alpinus (Prosper). — De medicina methodica, Patavii, 1611, in-fol.
Arculanus. — Practica, Venetiis, 1560, in-fol.
Argentarius. — Opera, Hannovræ, 1610, in-fol.
Astruc. — Tractatus pathologicus, Parisiis, 1767, in-12.
Baglivi. — Opera omnia medico-practica, Bassani, 1732, in-4°.

BACCHANELLUS. — De consensu medicorum in curandis morbis, Parisiis, 1554.

BAUDERON. — Praxis, Parisiis, 1526, in-4°.

BELLINI (L.). — Opuscula, Leydæ, 1696, in-4°.

BIESUS. — Theoreticæ medicinæ, lib. VI, Antverpi, 1558.

BLANCARDUS. — Opera medica, Leydæ, 1701, 2 vol. in-4°.

BOERHAAVE. — Aphorismi, Londini, 1742, in-8°, et Lugduni Batavorum, 1709, in-12.

— Introductio ad praxim medicam, Leydæ, 1740, in-4°.

— Institutiones medicæ. Parisiis, 1747, in-8°.

— Consultationes medicæ, Hagæ, 1743.

BROWN (J.). — Nouveau système de médecine, traduction Bertin, Paris, 1781, 2 vol. in-8°.

BURNET (TH.). — Le trésor de la vie pratique de médccine, trad. franç., Lyon, 1691, 3 vol. in-8°.

CAPIVACCIUS. — Opera omnia, Francofurti, 1603, in-fol.

CARDAN. — Ars curandi parva, Basileæ, 1566.

— De methodo medendi, Parisiis, 1565.

CESALPIN. — Catophon sive speculum artis medicæ hippocraticum, Francfort, 1605, in-8°.

CHAMPIER (SYMPHORIEN). — Opera varia, Parisiis, 1514.

CLAUDINUS. — De crisibus et diebus criticis, Basileæ, 1620, in-8°.

CORBEIUS. — Pathologia, Norinbergæ, 1647, in-8°.

CRATO. — Isagoge medicinæ Hanovræ, 1595, in-8°.

CRUSIUS (D.). — Theatrum morborum hermetico-hippocraticum, Erfurti, 1616, in-8°.

CULLEN. — Apparatus ad nosologiam methodicam, Amstelodami, 1775, in-4°.

DUHAMEL. — De corporum affectionibus, tum manifestis, tum occultis, Parisiis, 1670, in-8°.

ERASTUS. — Disputationes de medicina nova Paracelsi, Basileæ, 1572, in-4°.

ETHMULLER. — Opera omnia medica physica, Lugduni, 1680, 2 vol. in-fol.

— Pratique spéciale de médecine, trad. en français, 2e édit., Lyon, 1698, 8°.

— Nouveaux institats de médecine, Lyon, 1693, in-8°.

FAVENTINUS. — Practica medicinalis, Lugd. 1554, in-8°.

FERNEL (J.). — Opera, 7e édit., Lugduni, 1602, in-fol.

FERRERIUS. — Vera medendi methodus, Tolosæ, 1574, in-8°.

FRACASTOR. — Opera omnia, Venetiis, 1574, in-4°.

GATENARIA. M. — De curis ægritudinum..., Montferrat, 1532, in-4°.

GORRIS (J.). — Opera, Parisiis, 1622, in-fol.

GORTER (J. DE). — Medicinæ hippocratica, Patavii, 1757, in-4°.

— Medicinæ compendium, Venetiis, 1757, in-4°.

— Praxis medicæ syst., Francof., 1775, in-4°.

GRIMM. — Compendium medico-chymicum, Augustæ Vindelicorum, 1684, in-8°.

HAEN (ANT. DE). — Ratio medendi, Parisiis, 1782, 11 vol. in-8°.

Hartmann (J.). — Praxis chymiatrica, Genevæ, 1682, in-8°.
Hasfurtus (J.). — Nova medicinæ methodus, Ettelingæ, 1532.
— De cognocendis et curandis morbis, Venetiis, 1584, in-4°.
Helmont (J.-B. Van). — Œuvres de médecine et de physique, trad. par Le Conte, Lyon, 1671, in-4°.
Heredia. — Opera medica, Lugduni, 1665, 2 vol. in-fol.
Hoffmann. — Opera omnia, Genevæ, 1740, 3 vol. in-fol.
Houiller. — De morborum internor. curat, Parisiis, 1567, in-8°.
— De morbis internis..., Parisiis, 1577, in-8°.
Jackson (J.). — Enchiridion medicum theoretico-praticum, Bruxellis, 1705, in-8°.
Leonus (D.). — Ars medendi, Bononiæ, 1583, in-fol.
Lieutaud (J.). — Synopsis universæ praxeos medicæ, Parisiis, 1770, 2 vol. in-4°.
Manardus. — Curia medica, Hanovriæ, 1611, in-fol.
Maroldus (O.). — Practica medica, Francofurti, 1650, in-4°.
Massaria. — Opera medica..., Lugd., 1634, in-fol.
— Practica medica, Francof., 1601, in-4°.
Mead (R.). — Œuvres physiques et medic., trad. p. Coste, Paris, 1774, 2 vol. in-8°.
Mercatus L. — Opera medica et chirurgica omnia, Francofurti, 1620, 4 vol. in-fol.
Mercuriali. — Medicina practica. Francof., 1623, in-fol.
— Tractatus varii medic., Lugd., 1623, in-4°.
Millus (J.). — Naturæ morbos decernentis arcanum opus, Venetiis, 1651, in-4°,
Morgagni. — De sedibus et causis morborum, Patavii, 1765, in-fol.
Morton (R.). Opera medica, Lugduni, 1737, in-4°.
Nola. — De epidemio phlegmone anginoso grassante, Neapoli, Venet., 1620, in-4°.
Paracelse. — Opera omnia medico-chimico-chirurgica, Genevæ, 1658, 2 vol. in-fol.
Pinel (Ph.). — Nosogr. philosoph., Paris, 1803, 2 vol. in-8°.
Piso (Ho). — Methodus medendi, Patavii, 1726, in-4°.
Quercetanus (J.). — Opera medica, Francofurti, 1602, in-8°.
Riolan (J.). — Generalis et particularis medendi veteris medicinæ cum nova, Parisiis, 1605, in-8°.
Rivière (Laz.). — Praxis medica..., Parisiis, 1640, in-8°.
Scholzius. — Aphorismi medici, Francof. ad. Mœn., 1626, in-8°.
Sennert (D.). — Opera, Lugduni, 1650, 3 vol. in-fol.
Severinus (M.-Aur). — De efficaci medicina, lib. III, Francofurti, 1682, in-fol.
Sydenham. — Opera medica, Genevæ, 1757, in-4°.
Sylvius. Opera medica, Genevæ, 1630, in-fol.
Stoll. — Ratio medendi, Viennæ, 1794, in-8°.
— Prat. de médecine, trad. J. Terrier, Bordeaux, 1797, 3 vol. in-8°.

Tissot (S.-A.). — Œuvres, Besançon, an III, 2 vol. in-8°.
Valla. — De inventa med., Strasburg, 1529, in-8°.
Vallesius. — In Hyppocratem et Gal. comment., Aureliæ, 1655, Coloniæ, 1588 et 1594, in-fol.
— Methodus medendi, Parisiis, 1651, in-8°.
— Controversiæ med., Hanovriæ, 1606, in-fol.
Van Swieten. — Comment. in H. Boerhaave aphor., Parisiis, 1769, 5 vol. in-4°
Willis (Th.). — Opera omnia, Amstelodani., 1682, 2 vol. in-4°.
Zacutus. — Praxis medica, Lugd., 1637, in-8°.

II. — **Traités de chirurgie.**

Acta. — Eruditorum Lipsiensia.
— Physico-medica Acad. Nat. Curios., vol. I, Norimb. 1727 et vol. II, 1730, vol. III, 1733 et vol. IV, 1737, in-4°.
Alliot (J.-B.). — Traité du cancer, Paris, 1698, in-12.
Abrutz (Jo.-W.). — Vade mecum anatomico-chirurgicum cum Georgii Clacii observationibus chirurgicis (en allemand), Hanovriæ, 1722.
Ammannus. — Medicina critica, Stadæ, 1677, in-4°.
Facondini (Angelino). — Methodus pro venæ sectione eligenda, Patav. 1649, in-4°.
Anglicus (Jo.). — Praxis medica, in qua de morbis, de chirurgia, etc. agitur, Aug. Vind, 1495, in-4°.
Augenius (Horat.). — De ratione curandi per sanguinis missionem, Francof., 1698, in-fol.
Badilius (Valerius). — De secanda vena in pueris; Veronæ, 1606, in-4°.
Baldutius. — De tumoribus, in-4°, Venet, 1612.
Banier (Henry). — Microtechne, methodical introduction to the art. of surgery, London, 1717.
Barbette (Paul). — Chirurgia, Amstel., 1663, in-4°, postea cum notis Muysii, *ibid.*, 1693, in-12.
Bartholin (Th.). — Historiæ anatomicæ, Centur. VI, Hafniæ, 1654, 1657 et 1661, in-8°.
— Epistolæ medicinales. Centur. IV, Hafn., 1663-1667, in-8°.
— Acta medica et philosophica Hafniensa, Hafn. vol. 1, 1673, vol. II, 1675, vol. III, IV, 1677, vol. V, 1680, cum fig., in-4°.
Bassius (Henr.). — Observationes anatomico-chirurgico-medicæ, Halæ, 1728, in-8°.
— Observationes anatomico-chirurgico-medicæ, Halæ, 1731, in-8°.
Bazzicalve. — Novum systema medico-mechanicum, et nova tumorum methodus, Parmæ, 1701, in-4°.
Behrens Rug.-Aug.). — Triga casuum memorabilium, Wolffenbutelæ, 1727, in-4°.

BELLOSTE. — Chirurgien d'hospital, Amst., 1707, in-8°.
BERGENIUS (JO.-GEORG.). — Diss. de Parotidibus, Franc ad Viadr, 1717, in-4°.
BEROLINENSIS, ETC. — Academiæ regiæ miscellanea, Berolini, 1710, in-4°, cum continuationibus, variis postea annis impressis.
BEROLINENSIUM. — Medicorum acta, Berolini, 1717, in-8°.
BIDLOE (GODOFR.). — Exercitationes anatomico-chirurgicæ, Lugd. Bat., 1708, in-4°.
BRISSOT (PETR.) ET MOREAU. — De sanguinis missione præsertim in pleuritide, Lutet, Paris, 1722, in-8°, *item* Venet., 1539, cum Matth. Curtii et Victoris Trincavelli de eadem re libellis.
CANTARINI (AUG.). — Chirurgia pratica, accomodata all'uso scolaresco (h. e. in usum scholasticum), in Padova, 1715, in-4°.
CARPIUS (G.). — De cautionibus in sanguinis missione, Basil, 1579, in-8°.
CHALMETTE (ANT.). — Enchiridium chirurgicum, Paris, 1564, in-8°, *item* Lugd., 1588, in-12, *item* Patav., 1593, in-8° et Basil. 1620, in-8°.
CHARRIÈRE (JOSEPH). — Traité des opérations de chirurgie, Paris, 1692 et 1706, in-12.
CHESELDEN. — Anatomy of the human body, et Anatome corporis humani, édit. III, London, 1726 et édit. IV, 1730, in-8°.
CHEVALIER. — Traité sur l'usage de différentes saignées, Paris, 1730, in-8°.
CHIRURGIÆ. — Chirurgisches Handbuch, Hamb., 1679, in-12°.
CIACIUS (GEORG.). — Observationes chirurgico-practicæ, Hanovriæ, 1718 et 1721.
LE CLERC. — Chirurgie complète, Paris, 1695, *item* la Haye, 1707, in-12, Paris, 1719 et 1720.
JAC. (COOKE). — Surgery and anatomopathologie, London, 1676, in-8°.
CORBYE (A. DE). — Les fleurs de chirurgie cueillies es livres des plus excellents auteurs, qui ayant escrit d'icelle, tant anciens que modernes, Lugd., 1642 et Paris, 1660, in-8°.
COSTÆUS (JO.). — De igneis medicinæ præsidiis, Venet., 1595, in-4°.
COURCELLIUS (FRANÇ.). — De sanguinis missione, Francof., 1593, in-8°.
COURTIN (GERM.). — Les œuvres anatomiques et chirurgicales, à Rouen, 1656, in-fol.
CRAUSSIUS (RUD.-GUIL.). — De Strumis diss., Ienæ, 1687, in-4°.
— De hirudinibus, *ibid.* 1695, in-4°.
CRUCE (ANDR.-A.). — Chirurgia universalis, Venet., 1573, in-fol.
DOLECAMPS (JACQ.). — Chirurgie française, Lyon, 1570, in-8°.
DEKKERS (FRID.). — Exercitationes practicæ, Lugd. Bat., 1695, in-4°.
DINI. — Chirurgia, Venitiis, 1536, in-fol.

Doloeus (Jo.). — Opera omnia medica et chirurgica, Frf., 1703, in-fol.
Dondi (Jac.). — Remedia chirurgica, in thesauro chirurg. Uffenbachii, Francof. 1610, in-fol.
Dunus (Thaddoeus). — De venæ sectione, Tigur., 1557, in-8°.
Eller (Jo.-Theod.). — Observationes medicæ et chirur., Berl., 1730, in-8°.
Enchiridium. — Chirurgicum, Patav., 1593, in-8°.
Ephemerides naturæ curiosorum. — Miscellanea et acta Acad. Nat. Curiosor. variis annis, et locis edita.
Ethmuller (Mich.). — Opera omnia, Francof., 1696, vol. 1, in-fol.
— Operum compendium, Amst., 1702, in-8°.
— Chirurgie, en français, Amst., 1691, in-12.
Fabri (Petr.-Jo.). — Chirurgia spagyrica, etc. Argentor, 1532 et Tolosæ, 1638, in-8°.
Fabricius (Guil.). — Hildanus, de gangrœna et sphacelocum, obs. 1598, *idem*, Norimbe, 1625, in-8°.
— Observationum centuriæ, Francof., 1610, in-fol.
— Observationum centuriæ V, Basil., 1606, in-4°.
— Opera omnia, Francof., 1682, in-fol.
— Observationes et epistolæ, Argent., 1713.
Fabricius (ab Aquapendente). — Pentateuchus chirurgicus cum marginali, Francof., 1582, in-8°.
— Opera chirurgica, Francof., 1620, in-8°, Venet., 1619, in-fol.
— Œuvres chirurgicales d'Aquapendente, Rouen, 1658, in-8°.
Falcon (Jean). — Remarque sur la chirurgie de Guy de Chauliac, Lyon, 1649, in-8°.
Fallopius (Gabr.). — De ulceribus et tumoribus, Venet., 1563, in-4°.
— Opera omnia, Francof., 1606, in-fol. et Venet., 1606, in-fol.
— Chirurgia, *ibid.*, 1637, in-4°.
Faschius (Aug.-Henri). — De Vesicatoriis diss., 1673, in-4°.
— De Parotidibus, Jenæ, 1783.
Feltmann (Gerh.). — Lib. de cadavere inspiciendo, Bremæ, 1692, in-4°.
Ferrara (Gabr.). — Sylva Chirurgiæ, Francof., 1625, in-8°.
Tienus (Thom.). — De cauteriis, lib. V, Lovan., 1598, in-8°.
Fioravanti (Léonh). — Chirurgia (en italien) Venet., 1588 et 1679, in-8°.
Föes (Anuttius). — Opera Hippocratis, Francofurti, 1594 et Genevæ, 1657, in-fol.
Forestus (Petrus). — Observationes et curationes chirurgicæ, Antverpi, 1610, in-8°.
Franciscus. — Libellus aureus de venæ sectione contra empiricos, Neapoli, 1645, in-12 et Francof., 1685, in-8°.
Fracus (Jo.). — Des sétons (en allemand), Augsbourg, 1683, in-12.
Gailhardi (Jo.) — De venæ sectione disquisitio, Haf. 1699, in-12.
Galvonus (Dominic.). — De fonticulis, Patavii, 1620, in-4°.

Garengeot (J.). — Traité des opérations de chirurgie, 2 tomes, Paris, 1720, in-8°. Édition 11, *ibid.*, 1731.
— Traité des instruments de chirurgie, Paris, 1723, in-8°.
Gavassetius. — De cauteriis, Venet., 1587, in-4°.
Gaukes. — Praxis medico-chirurgica rationalis, Groning, 1700, in-4°, *item* Amst., 1708, in-8°.
Genga (Bern.). — Anatomia chirurgica, Rome, 1686, in-8°.
Gesner (Conr.). — Scriptores optimi de chirurgia, Tigur, 1555, in-fol.
Glandorp (Matth.). — Speculum chirurgorum, de vulneribus tractans., Bremæ, 1619, in-8°.
— De polypo narium, *ibid*, 1628, in-4°.
— Opera omnia, Londini, 1629, in-4°.
Gœlicke (Eberh.). — Historia chirurgiæ antiquæ et recentioris, Halæ, 1613, in-8°.
— Historia medicinæ universalis, Francof.,1721,in-8°.
Gorroeus (Jo.). — Opuscula de Venæ sectione, Paris, 1660, in-4°.
Goney (Louis de). — La véritable chirurgie, Rouen, 1716, in-8°.
Gourmelin (Est.). — Œuvres chirurgicales, Paris, 1647, in-8°.
Gruling (Phil.). — De triplici evacuationis universalis genere, scarificatione, hirudinibus, etc., Francofurti, 1670, in-4°.
Guillemeau. — Œuvres de chirurgie, Paris, 1612, in-fol.
Guyard. — De la fréquente saignée dans les fièvres, 2e édition, Paris, 1710, in-8°.
Hecquet. — Sur la saignée du pied et des fièvres malignes, Paris, 1724, in-8°.
Henningerus (Jo.). — Observationes et Epistolæ Fabric. Hildani, Argentor., 1713.
Hoffmann (Dan.). — De sphacelo ex causâ interna, Halæ, 1717, in-4°.
— De vesicatoriis, *ibid.*, 1727, in-4°.
— Consultationes et responsa medicinalia, *ibid.*, 1734, tom. II.
Hollerius (J. C.). — De materia chirurgica, Parisiis, 1544, in-fol.
— De morbis internis, etc. Francof., 1603, in-12.
Horne (Jo. von). — Microtechne et microcosmus, Lugd. Bat., 1662, 1663, in-12.
Jessenius a Jessen (Jo.). — Institutiones chirurgicæ, Vitebergæ, 1601, in-8° et germanice, Norimbergæ, 1674, in-4°.
Joelis (Franc.). — Chirurgie, (allemand), 1680.
— Opera omnia, Amst., 1663, in-4°.
Juncker (Jo.). — Conspectus chirurgiæ, Halæ, 1721, in-4°.
Langius (Jo). — Chirurgica, Tiguri, 1555, in-fol.
— Epistolæ medicinales, Hanov., 1605, in-8°.
Christian (Jo.). — Opera medica, Lips., 1704, in-fol.
Lanzoni (Jos.). — De clysteribus, Ferrariæ, 1691, in-fol.
Largelata (Petri de). — Chirurgia, Venet., 1499, in-fol.
Magnus. — De cauteriis, Romæ, 1588.
Manget (Jo.-Jac.). — Bibliotheca chirurgica, etc. Genevæ, 1721.

MARCHETTI (PETRIS). — Obs. et curatio chirurgica nova. Dresd., 1654, in-4°.
MARESCOTTI (FRANC.). — Relatio mirabilis operationis in tumore carcinomatoso linguæ, Bononiæ, 1730, in-4°.
MARTEN (JO.). — Treatise of veneral diseases, London, 1708, in-8°.
MASSIERO (FILIPPO). — Opere chirurgicale, Patav., 1721, in-4°.
— Chirurgo pratico, Venet., 1702, in-8°.
MASSA (NIC.). — De Morbo gallico, Venet., 1563, in-4°.
— De Venæ sectione, Venet., 1563, in-4°.
MASSARIA (ALEX.). — Opera medica, *ibid.*, 1634, in-fol.
MAUBÉ. — Traité des tumeurs, Paris, 1702, in-8°.
MEEKREN (JOBI). — Observationes medico-chirurgicæ, Amst. 1668, in-8°.
MOLINETTI (ANT.). — Dissert. anatomico-pathologicæ, Venetiis, 1675, in-4°.
MONAVII (FRID.). — Bronchotomia, Gryphilwaldi, 1652, in-8°.
MONTAGNANA (MARC.-ANT.). — De herpete, phagedæna, gangræna sphacelo et cancro., Venet., 1589, in-4°.
MORI (HORAT.). — Tabulæ universam chirurgiam complectentes, Venetiis, 1572, in-fol.
MULLERI (JO.-MATH.). — Observationes et curationes chirurgicæ rariores, Norimb., 1714, in-8°.
MUYS (JO.). — Observationes chirurgicæ, Lugd., 1684, in-8°.
NARVATICI (M.). — Sylva sententiarum ad chirurgiam pertinentium, etc. 1632, in-8°.
PASIN (JO.). — Chirurgie (en flamand), Leiden, 1710, in-4°.
PANIZA (LUD.). — De phlebotomiis et vini natura, Venet., 1534, in-4° et *ibid.*, 1544, in-fol.
PARACELSE (THEOP.). — Scripta chirurgica, Argentor., 1618, in-fol.
— Opera Omnia, Genevæ, 1658, in-fol.
— Opus chirurgicum, Francof., 1565, in-fol.
— Chirurgia magna, *ibid.*, 1573, in-fol.
— Petite chirurgie, (allemand), Basil., 1579, in-8°.
— La grande chirurgie de Paracelse, Lyon, in-4°.
PETRI PIGRÆI. — Epitome præceptorum medicinæ et chirurgiæ, Paris, 1612, in-8°.
RANCHINI (FRANC.). — Question sur toute la chirurgie de Guy de Chauliac, Lyon, 1627, in-8°.
RIOLAN (JO.). — Chirurgia, Lips., in-8°, 1601 *item*, Parisiis, 1618, in-8°.
ROMANI. — Consultationes medico-chirurgicæ. Neapoli, 1669, in-fol.
RUDIUS (EUST.). — De tumoribus p. n. Venet., 1600, in-4°.
RUYSCH (FRID.). — Observationes anat. chirur., Amst., 1691, in-4°.
— Thesauri anatomici, Amst., 1701, in-4°..
SANCTI (M.). — Compendium chirurgicum, 1610, in-fol.
SAPORTA (ANT.). — De tumoribus, Lugd., 1624, in-12.
SAVIARD. — Nouveaux recueils d'observations chirurgicales, Paris, 1702, in-8°.
SCHYLANDER. — Practica chirurgiæ., Antverpi, 1577, in-8°.
SCULTET (JO.). — Practica. Armamentarium chirurgicum, Ulm., 1655, in-fol.

Scultet (Jo.). — Practica. Armamentarium, chirurgicum, Francof., 1666, in-4° et Amstel., 1669, in-8°.
— — Cum notis Lamzwerdii, Amstel., 1672, in-8°.
— — (Flamand), vol. Amstel., 1657, 1678, in-8°.
— L'arsenal de chirurgie, Lyon, 1675 et 1712, in-4°.
Severinus (M.-A.). — De recondita abcessum natura, Neapoli, 1632, in-4°, *item*, Francof., 1643, in-4°.
Silvaticus (J.-B.). — De secanda vena in putridis febribus, Mediolani, 1583, in-8°.
Stahl (G.-Ern.). — Diss. de hirudinibus sive sanguisugis, Halæ, 1699, in-4°.
Tagaultius (Jo.). — De chirurgica institutione. Lugduni, 1547, in-8°.
— Institutiones chirurgicæ, liv. V. de tumoribus, vulneribus, etc., Francofurti, 1610, in-fol.
Tarenta (Valescus). — Philonium pharmaciæ et chirurgiæ, etc. Francof., 1680, in-4°, et Lips., 1714, in-4°.
Thevenin (Fr.). — Œuvres de la chirurgie, Paris, 1669, in-4°.
Tralles (B.-L.). — De vena jugulari freq. sec., Uralitav., 1735, in-8°.
Tulpius (Nic.). — Observationes. Amst., 1672, in-8°, et Lugd. Bat., 1616.
Turner (Dan). — Chirurgia, 2 vol., Lond., 1725, in-8°.
Valleriola. — Observat. medicinales, lib. VII, Lugd., 1588, in-8°.
Vauguion. — Traité complet des opérations de chirurgie, Paris, 1598, in-8°.
Verduc (Jo.). — Traité des opér. de chirur., Paris, 1703.
— Abrégé de la chirurgie de Guy de Chauliac, Paris, 1704 et 1706, in-8°.
— Pathologie de chirurg., 2 vol., Amst., 1717, in-8°.
Veslingius (Jo.). — Observationes et epistol. et variæ res chirurgicæ, Hafniæ, 1664, in-8°.
Vestius (Just). — Diss. de Struma, Erf., 1685, in-4°.
Vigo (J. de). — Practica in chirurgia. Lugd., 1416 et 1582, in-4°.
— — (en français). Pratique en chirurg., *ibid*, 1537, in-8°.
— — (en italien). Pratica universale in chirurg. Venet., 1560 et 1568, in-4°.
— Chirurgia, cum chirurgia Mariani Sancti, Lugd., 1530, 1534, 1540 et 1582, in-8°.
Wolff (Ge.). — De narium polypo, Senæ, 1715, in-4°.
— Gangræna, *ibid*, 1719, in-4°.
Wepfer (Jo. Jac.). — De affectibus capitis internis et externis, Scaphus, 1727, in-4°.
Wiel (St. van der). — Observ. rariores. 2 vol., Lugd. Bat., 1687, in-8°.
Wierus (Jo.). — Observ. medi. et chirurgicæ, Basil., 1567, in-4°.
Wisemann (Rich.). — Chirurgical Treatises, London, 1676 et 1719, in-fol.
Wolfius (Ido). — Observ. chirurgico-medicæ, Quedlinb., 1764, in-4°.

III. — Consultations. Lettres médicales. Observations. Sylloges.

Amatus Lusitanus. — Curationum medicinalium centuriæ VII, Venetiis, 1563 et Francofurti, 1686, in-fol.
Angenius. — Epistolæ et consultationes medicinales. T. III, Augustæ Taurinorum, 1580, in-4° et Venetiis, 1592, 1600, in-fol.
Ballonius. — Opera omnia, Venetiis, 1735.
Bartholin (Thomas). — Historiarum anatomicarum, centuriæ VI, Hafniæ, 1854, in-8° et Epistolarum medicinalium, centuriæ IV, Hafniæ, 1663, 1667, in-8°.
Borel (P.). — Historiarum et observationum medico-physicarum centuriæ, Francofurti, 1610.
Caranta (Jac.). — Decades medico-physicæ, Saviliani, 1623, in-4°.
Cornarus (Diomedes). — Observationes medicæ; historiæ admirandæ, Lipsiæ, 1595 et 1599, in-4°.
Donatus (Marcellus). — De medica historia mirabili, libri. VI, Mantuæ, 1586 et Venetiis, 1588, in-4°.
Dodonœus. — Observationum medicinalium exempla rara, Coloniæ, 1581, in-8°.
Fantoni. — Observationes anatomico-medicæ selectiores, Taurini 1699, in-12.
Fonseca. — Consultationes medicæ, Venetiis, 1618, in-fol.
Forestus. — Observationum et curationum medicinalium, libri XXXII, Rothomagi, 1614 et 1653 in-fol., Francofurti, 1623, 1660 et 1661, in-fol.
Gesner (C.). — Epistolarum medicinalium. lib. III, Tiguri, 1577, in-4°.
Helwig. — Observationes physico-medicæ, Vindel., 1680, in-4°.
Heurinus. — De morbis oculorum, aurium, nasi, Lugd. Batav. 1602, in-4°.
Lange (Johannes). — Epistolarum medicinalium. libr. III, Hanovriæ, 1605, in-8°.
Langius (C.). Miscellanea curiosa medica, Lipsiæ, 1666, in-4°.
Lommius (Jodocus). — Medicinalium observationum. libri, III, Antverpi, 1560 et 1563, in-8°, Francofurti, 1643, in-8°.
Marchetti. — Sylloge observationum medico-chirurgicarum rariorum, Patavii, 1664, in-4°.
Massa (Nicolas). — Epistolæ medicinales et physiologicæ, Venetiis, 1542, in-4°.
Maroldus (O.). Collect. Medicinalia S. I. n. d.
Martius. — Voyez Velsch, Sylloge observat. Recueil.
Montagnana. — Consilia 305 de universis fere ægritudinibus, Venetiis, 1565, in-fol.
Mundella (Aloysius). — Epistolæ medicinales, Basileæ, 1538, 1543, in 4°.

PECHLIN. — Observationum physico-medicarum. libri, III, Hamburgi, 1691.

PLATTER (FÉLIX). — Observationum in hominis affectibus plerisque. libri, III, Basileæ, 1614 et 1641, in-8°.

RIEDLIN (U.). — Curæ medicæ, Ulmæ, 1709.

RIVIÈRE. — Observationes medicæ et curationes insignes, Parisiis, 1626, in-4°; Londini, 1643, 1646 et 1656, in-8°.

RHODION. — Observationes medicinales, Patavii, 1657, 8°.

RUYSCH. — Observationum anatomico-chirurgicarum centuria et Thesauri, Amstelodami, 1701 et 1724.

SCHENCK DE GRAFENBERG. — Observationum rararum, novarum, admirabilium et monstruosarum volumen, Francofurti, 1602, in-4°.

SOLENANDER. — Consiliarum medicinalium sectiones V, Francofurti, 1596, in-fol.; Hanovriæ, 1609, in-fol.

STALPAERT VON DER WYL. — Observationes variores, medicæ, anatomicæ et chirurgicæ, Lugduni Batavorum, 1687 et 1727, in-8°.

TIMAUS VON GULDENKLEE. — Casus medicinales et observationes practicæ, 36 annorum, Lipsiæ, 1662, in-4°.

TULPIUS (NICOLAS). — Observationum medicarum, libri IV, Amstelodami, 1641, 1652, 1673, 1716 et 1739, in-8°.

VALERIOLA. — Observationum medicinalium, libri VI, Lugduni, 1573, in-fol, *id.*, 1588 et 1609, in-8°.

VELSCH. — Observationes et curationes, Aug. Vindel., 1675, in-4°.

WIEV (J.). — Medicarum observationum libri, Basileæ, 1567, in-4°.

DIPHTÉRIE.

AETIUS CLETUS. — De morbo strangulatorio opus Ætii Cleti Signini, Romæ, 1636.

ALAGINI (ANT.-M.). — Consultatio pro ulceris syriaci nunc vagantis curatione, Pannormæ, 1632.

ARDOIN. — Observ. sur le croup faites à Draguignan. Mém. de la Société royale de médecine, 1783.

BAILLOU. — Ballonii opera omnia Epid. et Ephemer. lib. II, 1576, Genevæ.

BARBOSA (SUARES). — De angina ulcerosa annis, 1786-87, apud Lecran, epidemice grassante, commentatio, Lisbonniæ, 1789.

BARD (S.). — De la nature, la cause et le traitement de l'angine suffocante. Trad. française par Ruette, Paris, 1810, édit. New-York, 1771.

BAYLEY. — Case of the angina trachealis with the mode of cure in a letter to Hunter. In medical repository, New-York, 1781, in-8°.

Bergen (van). — De morbo truculento infantum in nov. act. Nat. Curratio. T. II, Francofurti, 1764.

Cadwater Colden. — Lettre à Fothergill, 1754, in medical obs. and Inquiry, T. 1, p. 211.

Callisen (H.). — Observationes de concretione polyposa cava tussi rejecta. In acte de la Société méd. de Copenhague, t. I, 1777, in-8°.

Carnevale. — De epidemio strangulatorio affectu in Neapolitanam urbem grassante et per Regna Neapolis et Siciliæ vagante, Neapoli, 1620.

Cascales (François Perez). — De affectu puerorum una cum tractatu de morbo illo vulgo appellato Garrotillo, Matriti, 1621.

Chambon. — Réflexe sur la nature et le traitement d'une maladie particulière aux enfants, connue sous le nom de croup. Mém. Société royale de méd. t. V, Paris, 1787, in-4°.

Chomel. — Dissertation historique sur l'aspect du mal de gorge gangreneux, Paris, 1749.

Cortesius. — Miscellanea medica, Messine, 1625.

Diaz de Toledo (Pedro). — De morbis puerorum, 1538.

Foglia (Ant.). — De anginosa passione, crustosis malignisque tonsillarum et faucium ulceribus, Neapoli, 1620.

Forestus. — Obs. lib. VI de febribus publice grassantibus et lib. XV, obs. V et XI.

Herredia (Miguel). — De angina maligna, T. III, p. 99, 1690.

Herrera (Cristobal Perez). — Brevis et compendiosus tractatus de essentia, causis, notis, præsagio, curatione et præcautione faucium et gutturi sanginosorum ulcerum morbi suffocantis Garrotillo hispane appellati, Matriti, 1615.

Home. — Inquiry into the nature cause and cure of the croup, Edinburgh, 1765.

Huxham. — Essai sur les fièvres. Traduction, Paris, 1765.

Langhans. — Beschreibung und Bericht ueber eine neue austeckende Krankheit, Zurich, 1753.

Laudun. — Observ. sur le croup commencées en 1776.

Mahon. — Observations sur l'angine polypeuse ou croup des enfants. Mém. de la Société. r. de méd. 1778.

Malouin. — Histoire des maladies épidémiques de l'année 1747, observées à Paris en même temps que différentes températures de l'air, in Mémoires de l'Académie royale des sciences, 1847, p. 581.

Mease. — Diss. de Angina tracheali, Edimburgi, 1777, in-8°.

Mercado. — Consult. morb. complic. cl. grav., Francofurti, 1614, consultatio, XIV.

Michaelis. — Diss. de angina polyposa seu membranacea, Göttingue, 1778, trad. fr. Ruette, Paris, 1810, in-8°.

MONRO. — Diss. de suffocatione stridula, Edimbourg, 1786, in-8°.

MURRAY. — Abhandlung von eincr bösartigen Braune und einer widernaturlicher Haut in der Athmungröhre, Göttingue, 1769, in-8°.

NOLA. — De epidemico phlegmone anginoso grassante, Vcnetiis, 1620.

PLANCHON. — Epidémie de Perniveltz (Hainaut), in Journal de Vandermonde, 1769.

STARR. — Lettre au Dr Mortimer sur le *morbus strangulatorius* in Philosophical Transactions, 1750, trad. Ruette, Paris, 1809.

SOTO (JUAN DE). — Libro de conocimiento, curacion y preservacion de la enfermedad de Garrotillo, Grenada, 1616.

SGAMBATI. — De pestilente faucium affectu Neapoli sæviente opusculum, Naples, 1620.

TAYLOR. — De Cynanche gangrenosa, Edimbourg, 1773, in-8°.

VIEUSSEUX. — Mémoire sur le croup. Journal de méd. de Royer, Corvisart et Leroux. t. XII, p. 422.

VILLAREAL (JUAN DE). — De signis, causis, essentia, prognostico et curatione morbi suffocantis, libri II, 1611.

WIERUS (JEAN). — Juani Wieri medic. obs. rar., lib. I, Basileæ, 1567.

WILCKE (D.). — Diss. medica de angina infantum in patria, recentioribus annis observata, Stockolmiensis, Thèse doctorat, 1764.

WOLGANG WEDEL. — De morbis infantium, cap. XX, p. 177-178, Ienæ 1718, in-4°.

ZAFF. — Synopsis observationum cum historia et curatione novæ anginæ anni 1745-46, epidemiæ grassantis, Lugduni, 1751.

VARIOLE.

AASKOW. — Observatio de variolis. V. Societatis medicæ havniensis collectanea, t. II, 1775.

AMAR (J.). — Instruccione curativa de las viruelas, Madrid, 1774, in-8°.

ASTI. — Memoria sulvajuolo popolarmente vagato nella cita e provincia di Mantova, Florence, 1785, in-12.

BARREN DU BOURG. — An variolarum morbus absque eruptione, Parisiis, 1772, in-4°.

BARTHOLIN (TH.). — De variolis hujus anni epidemicis, Hafniæ, 1656, in-4°.

BELLINGER. — Treatise concerning thc small pox, Londres, 1721, in-8°.

BERGER (J.). — De variolis et febribus inflammatoriis, Ienæ, 1740, in-4°.

BESSE (J.). — Lettre critique contre Helvetius au sujet de la petite vérole, Paris, 1723, in-12.

BETSCH. — Fragmenta medicorum arabum et grœcorum de variolis, Ienæ, 1786, in-4°.

BEUSSER (G.). — Sectio cadaveris variolis confluentibus defuncti, Heidelbergæ, 1731, in-4°.

Bienville (de). — Recherches théorique et pratique, Amsterdam, 1772, in-12.
Black (Th.). — Observation medical and political on the small pox, Londres, 1781, in-8°.
Boschwitz. — Dissertatio de variolis, Halæ, 1727, in-4°.
Bruno. — Dissertatio de variolis, Lipsiæ, 1592, in-4°.
Bucholz. — Analecta de variolis, Gottingæ, 1790, in-8°.
Buchner (de). — De reliquiis variolarum tam præservandis quam curandis, Halæ, 1751, in-4°.
Camerarius (E.). — Dissertatio de variolis, Tubingæ, 1717, in-4°.
Campolongus. — De Variolis, Venetiis, 1586, in-4°.
Cantwuel. — Tableau de la petite vérole, Paris, 1758, in-12.
Couch. — De morbo variolari quo affectata, etc. Voy. thèse de médecine de Haller, t. V, p. 563.
Cœlicke. — Dissertatio de usu et abusu phlebotomiæ in variolis, Halæ, 1725, in-4°.
Cotunni. — De sedibus variolarum syntagma, Vienne, 1771, in-12.
Crossin-Duhaume. — Traité de la petite vérole, Paris, 1779, in-12.
Detharding (G.). — De peste variolosa in Groenlandia, Hafniæ, 1739, in-4°.
— De facie a variolarum insultibus præcavenda, Rostochii, 1754, in-4°.
Dubois (P.-V.). — Observations et réflexions sur la petite vérole, etc., Paris, 1725, in-12.
Erxleben. — Epidemiæ variolarum Gottingæ grassante per annum, 1792, descriptio, Gotting., 1792, in-4°.
Ethmuller. — Dissertatio de variolis, Lugd. Batavarum, 1700, in-4°.
Eyselius (A.). — Dissertatio de variolis, Exfordiæ, 1717, in-4°.
Faber. — Historia morbi et sectio cadaveris variolis confluentibus defuncti, Heidelbergæ, 1731, in-4°.
Falconet. — Variole ejuscumque generis una medendi methodus, Parisiis, 1740, in-4°.
Franckenau (G.-Frank de). — Dissertatio de variolis, Vittenbergæ, 1692, in-4°.
Fries (Ad.). — Von der Nothwendigkeit das Ausbruchfieber der Pocken gehoerig zu behandeln, Munster, 1780, in-8°.
Fouquet. — Traitement de la petite vérole des enfants, Montpellier, 1772, in-12.
Fowler. — De methodo medendi variolis, Edimb., 1778, in-8°.
Fueldez (Ant.). — Observations curieuses touchant la petite vérole, vraye peste des enfants, et le bezohar son antidote; un vol., Lyon, 1645, in-12.
Gardane. — De l'impossibilité d'anéantir la petite vérole, Paris, 1768. in-12.
Gerhardt (Ch.). — De crisibus variolarum accessoriis, Lipsiæ, 1755, in-4°.
Gœtz. — Traité complet de la petite vérole, Paris, 1790, in-12.

Greding. — Epistola de primis variolarum initiis, etc., Lond., 1781, in-8°.
Gruner. — De variolis fragmenta medicorum arabum et græcorum, Ienæ, 1786, in-4°.
— Fragmenta medicorum arabistarum de variolis et morbillis, Ienæ, 1790, in-4°.
— Variolarum antiquitates, etc., Ienæ, 1773, in-4°.
Halm (J.). — Variolarum antiquitates et., etc., Brigæ, 1733, in-4°.
Hallé. — Réflexion sur la fièvre secondaire, et sur l'enflure dans la petite vérole, Société royale de médecine, 1784 et 1785.
Harrow. — Dissertatio de variolis, Edinburgi, 1791, in-8°.
Helvétius. — Observations sur la petite vérole, Paris, 1725, in-12,
Heunig. — Dissertatio de tempestivo opii usu in variolis curandi, Lipsiæ, 1791, in-4°.
Hilscher (Fr.). — An in variolis etiam interna viscera pustulis contaminentur ? Conclusio affirmans, Ienæ, 1738, in-4°.
Hirt. — Dissert. de vana variolarum internarum disquisitione, Ienæ, 1782, in-4°.
Hoffmann (Frid.). — Historia variolarum epidemice, Halæ grassantium, 1699, in-4°.
Jermyn. — Dissertatio de variolis a graviditate fœtus traditis, Leydæ, 1792, in-8°.
Juncker. — De salivatione variolarum confluentum critica, Halæ, 1774, in-4°.
Kaltschmied. — Dissert. de vera causa variolarum generalium, Ienæ, 1758, in-4°.
Klein (B.). — De variolis dissertatio, Erfordiæ, 1732, in-4°.
Kruenitz. — Verzeichniss der vornehmsten Schriften von den Kindervocken und deren Einimpfung, Leipzig, 1768, in-8°.
Lapi. — Del variole, Rome, 1791, in-4°.
Lammers (Frid.). — De sede variolarum non in sola cute, Erlangæ 1758, in-4°.
Lanzoni (Jos.). — De variolis V. Miscellanea academiæ naturæ curiosorum, ann. X, 1691.
Ledel (S.). — De variolis fœtus in utero materno. Voy. Miscellanea academiæ naturæ curiosorum, 1687.
Lembken (Joh.).— De curatione variolarum, Gryphiswaldæ, 1735, in-4°.
Lemery (L.). — Observations sur la petite vérole. Voy. Académie des sciences de Paris, 1711 (Histoire).
Leo. — Seu tractatus novissimus de variolis et morbillis, Nurimbergæ, 1699, in-4°.
Liebant. — De moderamine caloris in variola, Harderovici, 1785, in-4°,
Lissoving (S.). — Epitome historiæ variolarum, Viennæ, 1772, in-8°.
Lobb. — Traité de la petite vérole, Paris, 1749.
Ludwig (Chr.). — Adversaria de contagio varioloso, Lipsiæ, 1767. in-4°.
Ludwig. — De crisibus variolarum accessoriis, Lipsiæ, 1755, in-4°.

LYNN (W.). — The singular case of a lady who had the small pox during pregnancy and who communicated the same disease to the fœtus, Londres, 1786, in-8°.
MAGDONGALL. — Dissertatio de variolis, Edinburgi, 1791, in-8°.
MARESCOTTI (C.). — De variolis tractatus, Bononiæ, 1723, in-4°.
MARET. — Mémoire sur les moyens à employer pour s'opposer aux ravages de la petite vérole, Paris, 1780, in-8°.
MAYER. — Dissertatio. Spicelegium de variolis internis, Francofurti ad Viadrum, 1787, in-4°.
MEAD (RICH.). — De variolis et morbillis, Lond., 1747, in-8°.
MEDICUS (FR.). — Sur la contagion de la petite vérole, Manheim, 1767, in-8°.
MEIBONNIUS (H.). — Dissert. de venæ sectionis in variolarum curatione usu, Helmstadii, 1699, in-4°.
METRIE (DE LA). — Traité de la petite vérole, Paris, 1740, in-12.
MUMSSEN. — Variolarum bis habitarum vicissitudines et historia. Voy. acta regiæ societatis medicæ havniensis, t. III, 1792.
MŒBLENBROCCIUS (V.). — Variolæ fœtus in utero. Voy. Miscellanea academiæ naturæ curiosorum. Déc. 1, ann. 1, 1676.
OTTO. — Dissertatio de conciliandis medicis quoad internis dissentientibus, Gottingæ, 1777, in-4°.
PELISSON. — Dissertatio de etiologia variolarum per hypothesin tentata explicatione, Halæ, 1764, in-4°.
PFEIFFER (S.). — Variolas ac imprimis epidemias malignas verminosas erudito orbi detexit, variis argumentis, observationibus curiosis superstruxit, Sedini, 1719.
PIZLER. — De variolis anomalis. V. acta academiæ naturæ curiosorum, t. II, 1730.
PLINTA. — Historia epidemiæ variolosæ erlangensis, anni 1790, in-4°, Erlangæ, 1792.
POHL. — Programma de fomite varioloso, Lipsiæ, 1774, in-4°.
PORCHON (A.). — Nouv. traité du pourpre, de la rougeole et de la petite vérole, Paris, 1688, in-12.
PAULET. — Histoire de la petite vérole, Paris, 1768, in-12.
— Mémoire pour servir à l'histoire de la petite vérole, Paris, 1768, in-12.
REHFELD. — De remediorum externorum in variolis usu salutari generatim et etc., Gryphiswald. 1770, in-4°.
ROBERDIÈRE (LA). — Lettre sur deux petites véroles avec récidives, Vienne, 1780, in-8°.
RŒDERER. — Tentaminum et observationum centuria de morbo varioloso, Gottingæ, 1762, in-4°.
ROSEN. — Dissertatio de variolis præcavendis, Upsalæ, 1754, in-4°.
SALLADA (DE). — De morbis variolarum posthumis, Viennæ, 1788, in-4°.
SCHRŒDER. — Analecta circa variolarum distributionem, Gottingæ, 1770, in-4°.

SIBOBRE (ANT.). — Tractatus de variolis et morbillis, Lugduni, 1699, in-12.
SYDENHAM (TH.). — Dissertatio epistolaris ad Cl. Vir. Col., de obs. nuperis circa curationem variolarum confluentium, Genevæ, 1648, in-12.
THOMPSON. — An inquiry into the origin, nature, and cure of the small pox, Londres, 1752, in-8°.
TODE (J.). — Programma de variolarum origine, Hafniæ, 1782, in-4°.
VAN GENUS. — Dissertatio de morbo varioloso, ejus causis et stadio vero primo, in-4°.
VAN JUCHEN. — Dissertatio de variolis atque actione miasmat. variolos. Lugd. Batav., 1755, in-4°.
VAN SWIETEN. — Traité de la petite vérole, traduit par Duchaume, Paris, 1776, in-12.
VESTIUSI (JUSTUS). — Dissertatio de variolis, Erfordiæ, 1698, in-4°.
— Dissertatio de symptomatibus variolarum retrocecentium, Erfordiæ, 1703, in-4°.
WERNER. — Dissertatio causam cur homines semel tantum variolis veris, etc., Regiomontis, 1767, in-4°.
WOODWARD. — Medicinæ et morborum status una cum etiologia incrementi eorum in his temporibus ; specialiter vero de variolis, Tiguri, 1720, in-12.
WRISBERG. — Beitrage zur Pocken Geschichte, Göttingæ, 1770, in-4°. Commentatio de variolis, quibus internæ corporis humani partes contaminatæ discuntur, V. Novi commentarii gottingenses, t. V, 1775.
ZWINGER (TH.). — Anatome pueri variolis malignis extincti. V. Miscellanea academiæ naturæ curiosorum. II. Dei, ann. IX, 1690.

ROUGEOLE.

BACKER. — De morbillis, 1790, in Diss., t. IV.
BUCHNER. — De nonnullis ad insitionem morbillorum spectantibus, Halæ, 1766.
DONATUS. — De variolis et morbillis, Mantovæ, 1569.
DUBOSQ DE LA ROBERDIÈRE. — Recherches sur la rougeole, Paris, 1776.
ELLER. — De curandis et cognoscendis hominum morbis.
FORESTUS (PETRUS). — De febribus publice grassantibus, t. I, lib. VI, 1602.
HAEN (DE). — De febre morbillosa. In rat. med., IV, p. 87, 1774.
HALM (J.-G. DE). — Morbilli variolarum indices delineati, Vratisl., 1754.
HEBERDEN (W.). — Obs. on the measles. In med. transact. t. III, 1785.
HOFFMANN (FRED.). — De febribus. Sect. 1, cap. VIII, Halæ, 1705.
HOFFMANN. — Opera omnia, t. IV. De febre morbillosa, 1748.
HUXHAM. — An essay on fevers, etc., London, 1750-1764.
LEPECQ DE LA CLOTURE. — Coll. d'obs., Rouen, 1778.

MEAD (RICH). — De variolis et morbillis liber, Londini, 1747, in-8°.
MORTON. — Exercitationes de febribus universalibus, III, 1737.
ORLOW. — Prog. de rubeolarum et morbillorum discrimine, 1783.
PIDERIT. — In med. pract. archiv. 2, Band, 1790.
RANOE. — Symbola ad historiam morbillorum epidemice anno 1781. In act. soc. havn., 1783, p. 206, t. I.
RAU. — Historia febris morbillosæ in Agro geislingensi grassante, 1751.
ROSEN DE ROSENSTEIN. — Traité de maladies des enfants, Paris, 1778, p. 255.
SAALMANN. — Descriptio variolarum morbillorum febris erysipelatosæ, Munster, 1790.
SENNERT. — Epitome institutionum medicinæ et libri de febribus, Wittenbergæ, 1664.
SPRY. — Dissert. de variolis et morbillis usque inoculandis, Lugd. Batav., 1767.
SYDENHAM. — Opera med., t. I, Genevæ, 1769, in-4°; Londini, 1886, 1890 et 1896.
SYNESIUS. — De febribus, Amstelodami, 1749.
WATSON. — Account of the putrid measles. In med. obs. and Inquir. IV, p. 132, 1772.
ZIEGLER. — Beobachtungen aus der Arzneiwissenschaft, Leipzig, 1788.

SCARLATINE.

ACREL. — Dissertatio de febre scarlatina, Upsalæ, 1791.
BAILLOU. — Epid. et Ephe., lib. 1, p. 36, 1574.
BAUTTNER. — Dissertatio de purpura rubra et alba, Kiel, 1770.
BAEHMER (PH.-AD.). — Dissertatio de febre scarlatina, epidemice hactenus grassante, Halæ, 1764, in-4°.
BAUMER (J.-G.). — Dissertatio de febre rubra, vulgo scarlatina dicta, Gissæ, 1775, in-4°.
BRADLY. — Dissert. de discrimine, quod scarlatinam et cynanchem malignam intercedit, Edinburgi, 1791, in-8°.
BRUNING. — Constitutio epidemica Essendiensis sistens historiam febris scarlatinæ miliaris anginosæ, Vesal, 1760.
CLARKE. — Observations on fever attended with ulcerated sore throat as it appeared at Newcastle upon Tyne the year 1778-79.
— Obs. on fever and on the scarlet fever, London, 1779.
COVENTRY. — Dissert. de febre scarlatina synanchica, Edinburgi, 1791, in-8°.
COYTAR (J.). — De febre purpura epidemiale et contagiosa libri duo, Parisiis, 1578, in-8°.
DUPUY DE LA PORCHERIE. — J. de méd., 1763.
EGGER. — Dissertatio de angina maligna, Altoniæ, 1734.
FOTHERGILL. — An account of the sore throat, London, 1748.
DE HAEN. — Ratio medendi, Vindel, 1771.
HOFFMANN. — Traité des fièvres.

Huxham. — Essai sur les fièvres, Paris, 1765.
Ingrassias. — De morbillis et variolis, Neapoli, 1535.
Lorry. — Tractatus de morbis cutaneis, 1777.
Luther. — Dissertatio de scarlatina maligna, Erfordiæ, 1777, in-4o.
Marteau. — J. de méd., 1759.
Mercado. — De essentia, causis, signis et curatione febris malignæ, in qua maculæ rubentes erumperunt per cutem, Basil., 1584, in-8o.
Moll. — Dissertatio de febre scarlatina anginosa, Harderovici, 1781, in-4o.
Morton. — Opera omnia, Lugduni, 1737.
Plenciz. — Tractatus de scarlatina, Viennæ, 1762.
Read. — J. de méd., 1768.
Schönmelzel. — Dissertatio de scarlatina annis 1775-78, grassata, Heidelberg., 1779.
Sennert. — Opera omnia.
Schmidt. — Epistola de febre scarlatina, Hanovriæ, 1753.
Sydenham. — Opera omnia, Genevæ, 1736, Londini, 1783-1894.
Thomann. — Dissertatio historiæ epid. scarlatinosæ, Groningæ, 1786, in-4o ; Groningæ, 1787.
Tissot. — Avis au peuple, Genève, 1768.
Uberlacher. — Abhandlung ueber Scarlachfeber, Viennæ, 1789, in-8o.
— Untersuchungen ueber den Scarlachfeber, Wien, 1789.
Vedemeger. — Dissertatio. Historia scarlatinæ, nuper Gottingæ, grassatæ, Gottingæ, 1785, in-4o.
Vogel. — Diss. de febre scarlatina, Frib., 1783.
Wilhem. — Historia febris scarlatinæ, anno 1766, Wurc., 1766.
Withering. — An account of the scarlet fever and sore throat, London, 1779.
Zincke. — Dissertatio de epidemia febris scarlatinæ Saalburgi grassatæ, 1786.

GRIPPE.

Remarque. — Pour les auteurs d'avant 1780, consulter le tableau historique et raisonné des épidémies catarrhales, vulgairement grippe depuis 1510 jusqu'à 1780, Paris, 1780, de *Saillard*.

Annales. — De l'influenza, épid. de 1775, de 1782, etc., etc.
Battini (D.-D.). — Sagio sopra il catarro rosso, ossia riflessione mediche et critiche sopra la febre catarrale benigna epidemica, che ha regnato in Europa nell estate dell'anno 1782.
Crell. — Historia catarrhi epidemici, anno 1782, Helmstadi, 1782.
Currie (G.). — A short account of the influenza, which prevailed in America in the year 1789.

Falconer (G.). — Account of the epidemic catarrhal fever called the influenza, London, 1782.
Grant (G.). — Observ. on the late Influenza, etc., London, 1782.
Gray (E.). — An account of the epidemical catarrh. of. the year 1782, in Medic. comm., t. 1, 1784.
Hamilton (R.). — Some remarks on the influenza, that appeared in spring, 1782. In Mém. of the med. soc. of. London, t. II.
Hoffmann (B.-J.). — Kurze Nachricht von der epidemischen Schnupfenkrankeiten der Luft, 1781 und 1782.
Metzger (J.-D.). — Beitrage zur Geschichte der Frühlingsepidemie im Jahre 1782, Königsberg, 1782, Altenbourg, 1801.
Orsi (B.). — Racoglio delle febri epidemice catarrhi regnante nella città di Pescia l'anno 1782, etc. In racoglie di opusculi medico-pratici Firenze, 1783.
Ranœ (A.). — Symbola ad historiam catarrhi veris a 1782 epid. grassantis. In acta regia societatis med. havn., Copenhague, 1783.
Rosa (M.). — Scheda ad catarrhum seu tussim quam Rossaniam nominant, Modène, 1782.
Smyth (J.). — Remarks on the influenza of the year 1782, *ibid.*
Strack (C.). — Dissertatio de catarrho epidemico, anno 1782, Mayence, 1782.
Warren (J.). — Description of the influenza of America, 1782. In Mém. of the med. soc. of London.
Wittwer. — Ueber den jüngsten epidemischen Katarrh, Nuremberg, 1782.

SYPHILIS.

Albrecht (J.-P.). — Disputatio medica inauguralis de lue venerea, Francofurti ad Viadrum, 1673, in-4°.
Andrée (John). — Observations on the theory and cure, of the venereal disease, Londres, 1779, in-8°.
Andreas de Léon. — Practica de morbo Gallico, Valladolid, 1605, in-4°.
Aquilanus (S.). — Interpretatio morbi Gallici et cura, Lugduni, 1506, in-4°, Bononiæ, 1517, in-8°.
Arias (Benavidez de P.). — Secretos de cirurgia; especial de las enfermedades de morbo Gallico... etc., Valladolid, 1567, in-8°.
Astruc (Johan). — De morbis venereis libri novem, in quibus dissertitur tum de origine, etc., Lutetiæ Parisiorum, 1736, in-4°.
Bethencourt (Jac.-A.). — Nova pænitentialis quadragesima, nec non purgatorium in morbum Gallicum..., etc., Parisiis, 1527, in-8°.

Blankaart (Steph.). — Venus belegert en outset, oft verhandelinge van de Pokken, en de selfs Toevallen, etc., Amstelodami, 1684, in-8°; en français, Amsterdam, 1688, in-8°.

Blegny (M.). — L'art de guérir les maladies vénériennes, Paris, 1673, in-12; Londres, 1676, in-8°.

— Suite des observ. sur les maladies vénériennes, Paris, 1677, in-12.

Boerhaave. — Diatribe de lue venerea, Leyde, 1728; trad. franc., de La Mettrie, in-12, Paris, 1735.

Boirel (N.). — Nouvelles obs., sur les maladies vénériennes, Paris, 1702, in-12; 2e édit., Paris, 1711, in-12.

Bologninus (An.). — De ulcerum exteriorum medic. opusculum, etc., Bononiæ, 1514.

Borgarucius (Pr.). — Methodus de morbo Gallico, etc..., Patavii, 1566.

Boxbarterus (Ant.). — Disputatio inauguralis medica de lue venerea, Argentorati, 1631, in-4°.

Bucæus (H.). — Propositiones de morbo Gallico, Rostochii 1569, in-8°.

Carrese (J.-Fr.). — Recherches sur les maladies vénériennes, 3 volumes, Göttingue, 1788, 1789, in-8°, 2e édit. *ibid.*, 1793, 3e édit. *ibid.*, 1797.

Cirillo. — Osservazioni pratiche intorno alla lue venerea, Napoli, 1783, in-8°, trad. en français par Auber, Paris, 1803, in-8°.

Collé (Johan). — Notitia et medela singularis adversus Neotericos de morbo Gallico, etc., Venetiis, 1628, in-4°.

Desault (P.). — Dissertation sur les maladies vénériennes, Bordeaux, 1732, in-12.

Diaz de Isla. — Tratado contra las bubas, 1527.

Dibon (Rog.). — Dissertation sur les maladies vénériennes, Paris, 1724, in-12°.

Dorchesino (M.). — Le triomphe de très haute et très puissante dame Vérole..., etc., Lyon, 1539, in-12.

Doublet. — Mémoires sur les symptômes et traitement des maladies vénériennes dans les enfants nouveau-nés, Paris, 1781, in-12.

Douglas (John). — A Dissertation on the venereal disease. Wherein, method of curing, etc., Londres, 1737, in-8°.

Dryander (Joh.). — De diuturna peste morbi Gallici.., etc., Coloniæ, 1537, in-8°.

Enobloch (Tobias). — Kurtzer Bericht von den Franzosen, etc., Giessen, 1620, in-8°.

Fabre (P.). — Essai sur les maladies vénériennes, Paris, 1758, in-12, 2e édit. intitulée : Traité des maladies vénériennes, 2 vol., Paris, 1765, in-12.

Fallopius (G.). — Tractatus de morbo Gallico; opus posthumum, Patavii, 1564, in-4°.

Ferrerius (Aug.). — De pudendagra, gravi lue hispanica, libro duo. Tolosæ, 1553, in-12.

FRACASTORIUS (HIE.). — Syphilidis, sive de morbo Gallico, Veronæ, 1530, in-8; Basileæ, 1536, in-8°; Antverpi, 1562, in-8°.

FRANCIANUS (ANT.). — De morbo Gallico, fragmenta quædam elegantissima, ex lectionibus anni 1563, Bononiæ, Patavii, 1563, in-4°; Bononiæ, 1564, in-4°.

FREMOND. — Quœstio medica : An Hydrargyrus unicum syphilidis. Ἀλεξιφαρμάκον? Affirmat., Parisiis, 1727, in-4°.

FRITZ. — Handbuch ueber die venerische Krankheiten, Berlin, 1797, in-8°.

FRISIUS (L.). — Ulceribus et doloribus mali Gallici... etc., Basileæ, 1532, in-4°.

FUCHSIUS (R.). — Morbi Hispanici, quem alii Galicum, alii Neapolitanum appellant... etc., Parisiis, 1541, in-4°.

GARNIER (P.). — Traité pratique de la vérole, dans le nouveau formulaire, 2e édit., Lyon, 1699, in-12.

GAULTIER (JEAN). — Traité de la maladie vénérienne ou grosse vérole, contenant la vraie connaissance du mal et sa vraie curation, avec la solution de plusieurs questions, Toulouse, 1616, in-12.

GRUNER. — Aphrodisiacus, sive de lue venerea, in duas partes divisus, etc., Ienæ, 1789, in-fol.

— De morbo Gallico scriptores medici et historici, partim inediti, partim rari et notationibus aucti, Ienæ, 1793, in-8°.

— Spicelegium I-VIII scriptorum de morbo Gallico, Ienæ, 1799, 1800, in-4°.

GRUNPECKIUS (J. DE BURGHAUSEN). — Tractatus de pestilentiali scorra, sive mala de Frantzos, originem remediaque ejusdem continens, 1496, in-4°.

GUIDE. — Traité de la maladie vénérienne, Paris, 1676, in-4°.

HANNEMANN (S.). — Unterricht für Wundærzte ueber die venerische Krankheiten, Leipzig, 1789, in-8°.

HARRIS (W.). — New and curious observations on the art of curing the venereal disease, and the accidents, etc., Londres, 1676, in-4°.

HARTMANNUS (JOANNES). — Dissertatio inauguralis de lue venerea, Marburgi, 1611, in-4°.

HECKER (AUG.). — Dissertatio. Morbum syphiliticum et scrophulosum, etc., Erfordiæ, 1787, in-4°.

HENSELER. — Geschichte der Lustseuche, die zu Ende des sechsten Iahrhunderts in Europa ausbrach, Altona et Hambourg, 1789, in-8°.

HOCK (DE BRACKENAU W.). — Mentagra, sive Tractatus de causis, præservativis, regimine et cura morbi Gallici, vulgo mal francese, Venitiis, 1502, in-4°; Argentorati, 1514, in-4°, Lugduni, 1531, in-8°.

HUNTER (J.). — A treatise on the venereal disease, Londres, 1786, in-4°; trad. fr. par Audiberti, Paris, 1787, in-8°.

HUTTEN (ULR. DE). — De guaiaci medicina et morbo Gallico, Moguntiæ, 1519, trad. française, in-4°.

KLEIN (CONR.). — Dissertatio medica inauguralis de morbi Gallici natura, differentia, etc., Argentoriæ, 1656, in-4°.

KAFFTHEIM (JOH.-A.). — De morbo Gallico commentarius, nunc primum studio et opera Laurentii Scholzii, medici Vratislawiensis, Francofurti, 1594, in-8°.

KYPER (AL.). — Disputatio medica inauguralis de lue venerea, Lugd. Batavorum, 1640, in-4°.

LALLI. — Franceide, overo del mal francese, Foligno, 1629, in-12.

LEMONNIER (L.). — Nouveau traité de la maladie vénérienne, etc., Paris, 1689, in-12.

LEONICENUS (N.). — Liber de epidemia, quam Itali morbum Gallicum, Galli vero Neapolitanum vocant, Venetiis, 1497, in-4°.

LOMBARD. — Cours de chirurgie pratique sur la maladie vénérienne, Strasbourg, 1790, in-8°.

LOPEZ (ALPH.). — De morbo pustulato, Valentiæ, 1581, in-4°.

LUISINUS (ALOG.). — Aphrodisiacus, sive de lue venerea in duo volumina bipartitus... etc., 2 vol. in-fol., Venetiis, 1566-1599, (renferme la plupart des traités de syphiliographie, du XVIe siècle; revu par Boerhaave).

MACHELLUS (N.). — Tractatus de morbo Gallico... etc., Venetiis, 1555, in-8°.

MACOLE (JEAN). — Theoria chymica luis veneream, quæ hermeticæ medicinæ elementa pandit, Florentiæ, 1616, in-8°.

MACQUART. — Observations sur les effets du virus vénérien invétéré, Soc. royale de médecine, 1777 et 1778.

MARTEN (JOHN). — A Treatise of all the degrees and symptoms of the venereal disease in both sexes, London, 1708, in-8°.

MARTINIÈRE (DE LA). — Traité de la maladie vénérienne, Paris, 1664, in-16.

MARVESY (GÉDÉON). — Exact discovery of the french disease, London, 1666, in-8°.

MASSA (N.). — Liber de morbo Gallico, Venetiis, 1532, in-4°; Basileæ. 1536, in-8°; Lugduni, in-8°.

MAYNWARING (EVERARD). — The history and mystery of the venereal lues, Londres, 1673, in-8°.

METTRIE (DE LA). — Nouveau traité des maladies vénériennes, Paris 1739, in-12.

MINADOUS (AURELIUS). — Tractatus de virulentia venerea, in quo omnium aliorum hac de re sententiæ considerantur, mali natura explicatur, causæ et differentiæ, aliaque cum dogmatica curatione proponuntur, Venetiis, 1596, in-4°.

MONTESAURUS (N.). — De epidemia, quam vulgares mal francese appellant, Veronæ, 1497.
MUSITANO (CARLO). — Del mal francese, libri IV, Naples, 1697, in-8°.
NICHOLSON. — The modern syphilis, etc., Londres, 1718, in-8°.
PARACELSUS. — Französischen von der Französischen Kranckheit, Nuremberg, 1552, in-8°.
PASCALIS (JOH.). — Liber de morbo quodam composito, qui vulgo apud nos Gallicus appellatur, Neapoli, 1534, in-4°.
PEDRO (DE TORRÈS). — Libro que trata de la enfermedad de las bubas, Madrid, 1600, in-4°.
PLAMISCAMPY (D. DE). — La vérole reconnue, combattue et abattue, etc., Paris, 1623, in-8°.
POLL (NIC.) — De cura morbi Gallici, Venetiis, 1535.
PHILOLOGUS (TH. RANG.). — Malum Gallicum, depilativam, unguitivam, dentativam, nodos, ulcera, vitia quæque affectus et rheumata..., etc., Venetiis, 1545, in-4°.
HUM (RIDLEY). — Disputatio medica inauguralis de lue veneréa, Lugd. Batavorum, 1679, in-4°.
ROBERG (LAUR.). — De fœda lue, dicta venerea, Upsaliæ, 1705, in-4°.
ROBINSON (NICOLAS). — A New Treatise of the venereal disease, etc., Londres, 1736, in-8°.
ROSTINIO (P.). — Trattato del mal francese, Venise, 1559, in-8°; Vicence, 1623, in-8°.
ROTALLUS (L.). — Luis venereæ curandæ ratio, Parasiis, 1563, in-10.
ROVERELLUS (J.-A.). — Tractatus de morbo Patursa, qui vulgo Gallicus appellatur, Cypris, 1537, in-8°.
RYSENDEECH. — Disputatio medica inauguralis de lue venerea Lugduni Batavorum, 1654, in-4°.
SAXONIA (HERCULES). — Luis venereæ perfectissimus tractatus, ex ore Herculis Saxoniæ, medici clarissimi, in academia patavina professoris, excerptus, et luci data opera Andreghetti, Patavii, 1597, in-4°.
SCANAROLUS (ANT.). — Disputatio utilis de morbo Gallico, et opinionis Nicolai Leoniceni confirmatio, etc., Bononiæ, 1498, in-4°.
SCHIPPEL (J.-M.). — Disputatio medica inauguralis de usu et abusu Mercurii lue venerea, Kiliæ, 1673, in-4°.
SCHMAUS (LEO.). — Lucubratiuncula de morbo Gallico et cura ejus..., etc., Augustæ Vindelicorum, 1518, in-4°.
SCHOENHEYDER. — De syphilide infantum. Acta societatis medicæ, Havniensis, 1779, vol. II.
SPARR (J.-C.). — Dissert. duæ medicæ de lue venerea, Argentorati, 1673, in-4°.
SYDENHAM (TH.). — De lue venerea. V. Miscellanea academiæ naturæ curiosorum, dec. II, ann. X, 1691.

THULLIER. — Observ. sur les maladies vénériennes, Paris, 1684, in-8°; 2e édit., Paris, 1707, in-8°.
TORELLA (G.). — Tractatus cum consiliis contra pudendagram, sive morbum Gallicum, Romæ, 1497, in-4°.
— Dialogus de dolore, cum tractatu de ulceribus in pudendagra evenire solitis, Romæ, 1499, in-4°.
TURNER (D.). — A practical dissertation on the venereal disease, Londres, 1717, in-8°.
VEAY (G.). — Nouveau traité de la maladie vénérienne, Amster., 1699; in-12, 4e édit., Paris, 1718.
VERCELLONUS (J.). — De pudendorum morbis et lue venerea, Tetrabiblion, Astæ, 1716, in-4°.
VILLABOLOS (FR.). — Tratado de la enfermedad de las bubas, Salamanque, 1498, in-fol.
WALL (W.). — A New System of the french disease, etc., Londres, 1696 (environ), in-8°.
WEDEL (GEOR.). — Dissert. medica de lue venerea, Ienæ, 1682, in-4°.
WIDMANN. — De pustulis et morbo, qui, vulgo nomine, nal de Franzos appellatur, 1497, in-4°.
WRIGHT (ROB.). — Thes. inauguralis de lue venerea, Lugd. Batavorum, 1642, in-4°.

TABLE DES MATIÈRES

III. — MOYEN AGE.................................... 2

Introduction.................................... 3
Divisions du sujet.................................... 4

I. — PÉRIODE PRÉARABISTE.................................... 4

A. Médecine populaire pharyngée.................................... 7
B. Médecine scientifique.................................... 9

Crispus.................................... 10
Æmilius Macer.................................... 12

II. — ÉCOLE DE SALERNE.................................... 14

a. Gariopontus.................................... 15
b. Cophron.................................... 17

Introduction des ouvrages arabes a Salerne.................................... 18

Constantin l'Africain.................................... 18
Platéarius.................................... 20

III. — PÉRIODE ARABISTE.................................... 21

1. École de Montpellier.................................... 21

1. Gordon (*Bilium medicinæ*).................................... 23
2. Valescus de Tarenta (*Philonium*).................................... 25

2. Écoles italiennes de Bologne et de Pavie.................................... 26

Médecins.................................... 26

1. Bertrucius.................................... 26
2. Gabriel de Zerbis.................................... 27
3. Mathieu de Gradibus.................................... 27
4. Tornamira.................................... 27

Chirurgiens.................................... 29

Brunus.................................... 29
Rolando.................................... 31
Guillaume de Salicetti.................................... 33
Lanfranc.................................... 34
Guy de Chauliac.................................... 35

Conclusions sur le moyen age.................................... 35

IV. — TEMPS MODERNES 38
INTRODUCTION ET DIVISIONS 38
I. — PROCESSUS MORBIDES COMMUNS 41
I. — Auteurs de traités 41
I. — *Médecins* 41
A. — TRADUCTEURS ET MÉDECINS HIPPOCRATIQUES. 41
1. Fernel 44
2. Prosper Alpinus 45
3. Mercado 46
B. — IATROCHIMISTES 49
1. Paracelse 49
Introduction 49
I. — Angines 55
II. — Bronchus 63
III. — Diphtérie (*prunella*) 64
IV. — Syphilis pharyngée 66
Conclusions 67
2. Sylvius de le Boé 70
C. — ÉCLECTIQUES DU XVIIe SIÈCLE 72
1. Sennert 72
2. Ethmuller 77
D. — IATROMÉCANICIENS 81
Introduction 81
1. Hoffmann 84
2. Boerhaave 88
E. — AUTEURS DE LA FIN DU XVIIIe SIÈCLE 95
1. Sauvage 95
2. Cullen 100
3. Vicq-d'Azyr 101
4. Pinel 106
— *Chirurgiens* 108
1. Jean de Vigo 108
2. Ambroise Paré 109
3. Guillemeau 111
4. Fabrice d'Aquapendente 112
5. Fabrice de Hilden 113
6. Manget 115
7. Dionis 117
8. Verduc 121
9. Garengeot 125

10. Heister........ 126
11. Recolin........ 129
12. Desault........ 134
13. Bell........ 135

II. — **Auteurs de recueils, observations, etc**...... 138

1. Nicolas Massa........ 139
2. Antoine Benivieni........ 140
3. Amatus Lusitanus........ 140
4. Craton de Craftheim........ 141
5. Valeriola........ 142
6. Solenander........ 143
7. Dodonœus........ 144
8. Marcellus Donatus........ 144
9. Camerarius........ 145
10. Lange........ 146
11. Forestus........ 147
12. Riedlin........ 148
13. Rhodion........ 148
14. Zacutus Lusitanus........ 149
15. Platter........ 151
16. Rivière........ 155
17. Tulpius........ 156
18. Marchettis........ 156
19. Stalpaert van der Wiel........ 158
20. Schenkius........ 159
21. Richard Mead........ 165

II. — ANATOMOPATHOLOGISTES........ 167

1. Bonnet........ 167
2. Morgagni........ 173

III. — PROCESSUS SPÉCIFIQUES........ 176

Introduction........ 176

A. Période ancienne........ 176
B. Période moderne........ 177

I. — *Diphtérie pharyngée*........ 178

1. Jean Wierus........ 182
2. Forestus........ 183
3. Baillou........ 184
4. Juan de Villareal........ 184
5. Mercado........ 186
6. Herrera........ 188
7. Perez Cascales........ 191
8. Heredia........ 193
9. Marc-Aurèle Séverin........ 196
10. Sgambati........ 199

11. Carnevale 202
12. Nola 206
13. Cortesius 206
14. Tulpius 208
15. Boerhaave 209
16. Ghisi 210
17. Starr 211
18. Chomel 212
19. Daniel Wileke 218
20. Home 220
21. Samuel Bard 221
22. Michaelis 223
— Wahlbom 225
— Zobel 229
— Engelstrom 233
— Halenius 234
— Van Bergen 235
— Bœrk et Salomon 236
— Struve 246

II. — *Scarlatine pharyngée* 247
1. Huxham 250
2. Fothergill 256
3. Dupuy de la Porcherie 261
4. Marteau de Grandvilliers 263
5. Tissot 268
6. Read 270
7. Régnault 272
8. De Haen 275
9. Plenciz 275
10. Rosen 276

III. — *Variole et rougeole pharyngées* 277
1. Sydenham 277
2. Morton 279
3. Huxham 280

IV. — *Angines climatériques* (grippe, etc.) 281
1. Baillou 286
2. Rivière 286
3. Sennert 287
4. Thomas Willis 287
5. Ethmuller 288
6. Hoffmann 289
7. J. Jussieu 290
8. Huxham 290
9. Haller 292

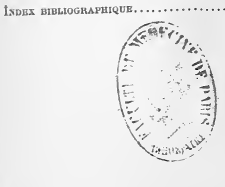
V. — *Syphilis* 292

CONCLUSIONS.. 308
Généralités.. 308
I. — ANGINE.. 311
I. — Étiologie et pathogénie.......... 311
I. — Causes occasionnelles........ 311
II. — Pathogénie.... 312
II. — Anatomie pathologique.......... 316
III. — Symptomatologie............... 318
IV. — Complications.................. 326
V. — Pronostic........................ 330
VI. — Diagnostic...................... 332
VII. — Thérapeutique.................. 335
Introduction....................... 335
1° Dérivatifs.......................... 336
A. Saignée 336
B. Lavements...................... 338
C. Purgatifs....................... 338
D. Vomitifs........................ 339
2° Topiques pharyngés internes........ 340
A. Gargarismes.................... 340
B. Masticatoires.................... 342
C. Insufflations..................... 342
D. Collutoires pharyngés........... 342
3° Topiques pharyngés externes........ 343
4° Traitement chirurgical............. 344
1° Collections amygdaliennes...... ... 344
2° Collections purulentes extra-amygdaliennes............... 345
II. — HYPERTROPHIE DES AMYGDALES... 348
1° Excision................................ 349
2° Cautérisation............................ 353
3° Ligature................................. 354
III. — ULCÈRES DE L'AMYGDALE.................. 355
IV. — TUMEURS DU PHARYNX....... 356
I. — Polypes nasopharyngiens........... 357
1° Opérations par les voies naturelles... 359
a. Procédé de Levret.. 359
b. Procédé de Herbiniaux............. 365
c. Procédé de Chopart et Desault... ... 366
d. Procédé de Brasdor.............. ... 366

2° Opération par les voies d'accès........ 368
II. — Tumeurs pharyngées diverses........ 369

V. — Troubles nerveux pharyngés........ 369
VI. — Processus spécifiques........... 370
I. — Diphtérie........................... 370
II. — Scarlatine... 374
III. — Variole et rougeole.. 376
IV. — Angines climatériques.............. 376
V. — Syphilis............................ 376

Index bibliographique.. 379



2804-01. — Corbeil. Imprimerie Éd. Crété.